سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة

المشمولة برعاية صاحب السمو الملكي الأمير تركي بن ناصر بن عبدالعزيز



اضطرابات اللغة والكلام

تأليف

أ . د . عبدالعزيز السرطاوي
قسم التربية الخاصة - جامعة الإمارات

أ . وائل موسى أبو جودة
ماجستير في علاج اضطرابات اللغة والكلام

اضطرابات اللغة والكلام

© اكاديمية التربية الخاصة، ١٤٢٠هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

السرطاوي، عبد العزيز مصطفى
اضطراب اللغة والكلام / عبد العزيز مصطفى السرطاوي، وائل أبو جودة - الرياض
٤٣٨ص، ٢٤×١٧ سم (سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة؛ ١)
ردمك: ٢-٣٣٩-٣٦-٩٩٦٠
١ - المعوقون - تعليم　　٢- المعوقون - رعاية　　أ - أبوجودة، وائل
(م. مشارك)　　ب - العنوان
ديوي ٣٧١,٩١　　٢٠/٢٣٥٥

رقم الايداع: ٢٠/٢٣٥٥
ردمك: ٢-٣٣٩-٣٦-٩٩٦٠

بسم الله الرحمن الرحيم

اضطرابات اللغة والكلام

تأليف

أ.د.عبد العزيز السرطاوي
قسم التربية الخاصة - جامعة الإمارات

أ. وائل موسى أبو جودة
ماجستير في علاج اضطرابات اللغة والكلام

طبعة أولى

١٤٢١ هـ - ٢٠٠٠م

أكاديمية التربية الخاصة

الريـــاض - المملكـة العربيـة السعودية

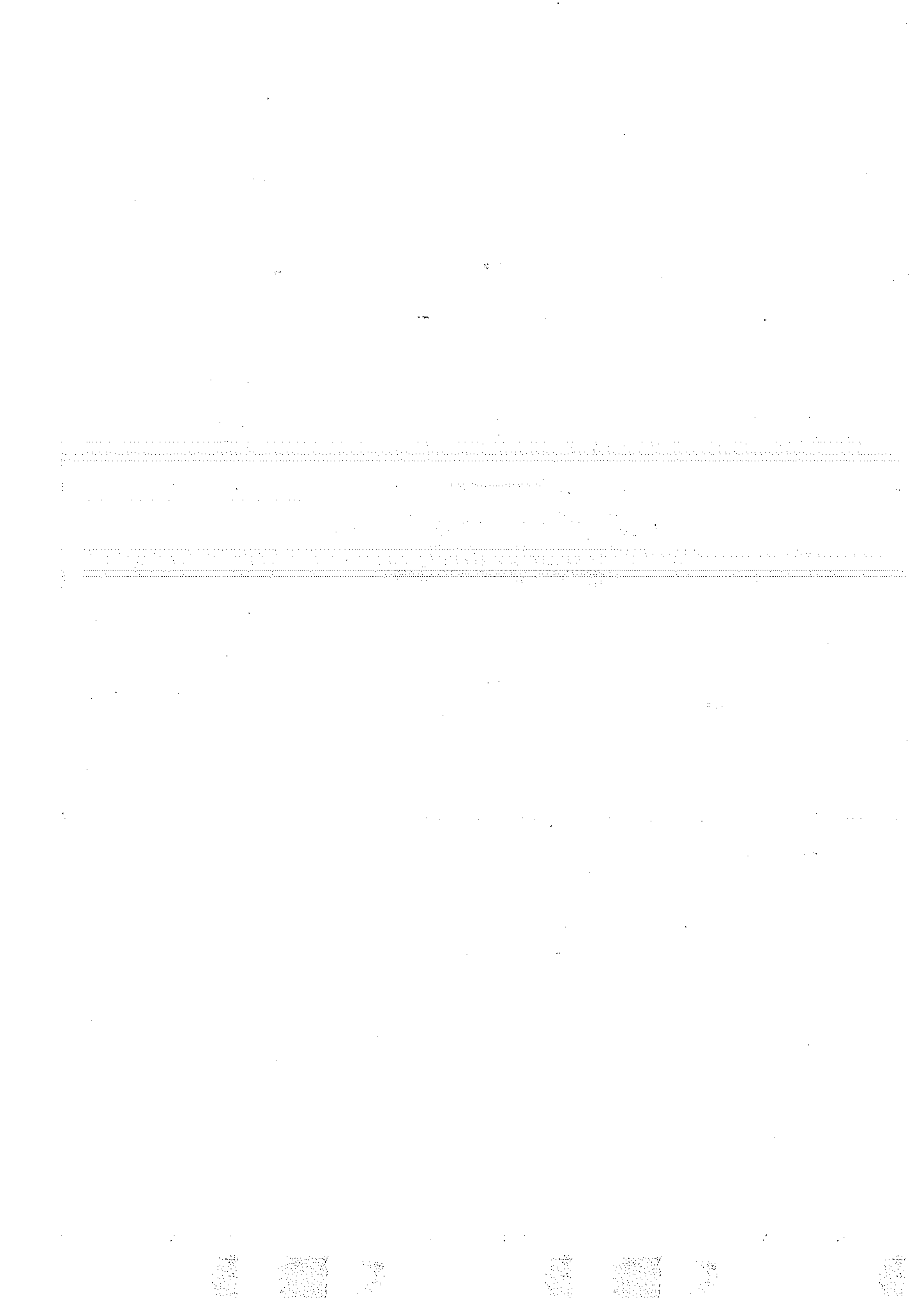
ص.ب : ٦٧٧٨٣ الريـــاض ١١٥١٧

هاتف ٤٤١٣٠٤٤ / فاكس ٤٤٢١٠٨٦

الإهــــداء

إلى والدينا الذين بذروا حب العلم في قلوبنا

نهدي هذا العمل المتواضع.



المحتويات

مقدمة الناشر

إن النهج الشمولي الذي اختارته أكاديمية التربية الخاصة سبيلاً لتقديم خدماتها يضع ضمن أولويات العمل في الأكاديمية ما يتعلق بتشجيع التأليف وإعداد البحوث والدراسات في المجالات المختلفة لتربية وتعليم ذوي الإحتياجات الخاصة لتسهم الأكاديمية في سد العجز الواضح في المكتبة العربية في هذا المجال حيث لا تزال الحاجة ماسة لتوفير المادة العلمية الرصينة التي تلبي احتياجات الدارسين والمشتغلين في مجال تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لكي يتمكنوا من مواكبة النمو المتسارع في مجال تقديم الخدمات الذي تشهده المملكة العربية السعودية والدول العربية الأخرى.

لقد حرصنا على أن تغطي سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة أهم الموضوعات في مجال تربية وتعليم المعوقين وأكثرها إلحاحاً. ويسرنا أن نضع بين يدي القارئ الكريم هذا الإصدار وكلنا أمل في أن يجد فيه ضالته، وأن يكون عوناً للآباء والأمهات والمعلمين والطلاب والطالبات في تعاملهم مع الفئات الخاصة.

ولا يفوتنا ونحن نقدم هذا الكتاب أن نتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان لصاحب السمو الملكي الأمير **تركي بن ناصر بن عبد العزيز** الذي لولا رعايته الكريمة ودعمه السخي لما تمكنت أكاديمية التربية الخاصة من تقديم خدماتها، سائلين المولى عز وجل أن يجزل له الثواب وأن يجعل ذلك في موازين حسناته أنه سميع مجيب.

أكاديمية التربية الخاصة

مقدمة المؤلفين

* كيف نشأت فكرة هذا الكتاب

إن علم اضطرابات اللغة والكلام ما زال يخطو خطواته الأولى في وطننا العربي بشكله الشامل، علماً أنه قد مر عليه عقود طويلة في الدول المتقدمة مما جعل الفارق واضحاً بين دولنا والدول المتقدمة، حيث أننا نعتمد اعتماداً كبيراً على ما ينتجونه في هذا العلم. وهذا يعني أن المراجع المهمة التي نستطيع استقاء المعلومات منها مكتوبة بغير لغتنا مما قد يتعذر على كثير من الراغبين في الاستزادة من هذا العلم الوصول إلى مرادهم. ولما كانت الكتابات العربية في هذا المجال ما زالت خجولة ولم تخض بعد هذا البحر عالي الموج. كان لابد من القيام بمحاولة قد تحسب لنا وقد تحسب علينا، ولكننا نحتفظ بحقنا بشرف المحاولة.

استقر رأينا قبل البدء بالكتابة على تسمية هذا الإصدار «اضطرابات اللغة والكلام» وقمنا بوضع تصور لكيفية استعراض الموضوعات التي تندرج تحت هذا العنوان وهي:

١ - اضطرابات اللغة عند الأطفال أوما يطلق عليها الاضطرابات التطورية (Developmental) واضطرابات اللغة الناتجة عن إصابة في مراكز اللغة

في الدماغ أو ما يطلق عليها الاضطرابات المكتسبة (Acquired) وكذلك اقتراح أساليب مختلفة لعلاج هذه الاضطرابات.

٢ - اضطرابات النطق (Articulation Disorders) وهي الاضطرابات التي تظهر من خلال النطق الخاطئ للأصوات منفردة أو متصلة.

٣ - اضطرابات الكلام والطلاقة أوما يطلق عليها التأتأة (Stuttering) وكنا ننوي التعرض إلى اضطرابات الصوت وانشقاق الحلق، ولكن لاتصال هذه الاضطرابات بأكثر من علم مثل علم التشريح ووظائف الأعضاء وهذا يعني الارتباط الدقيق بالجانب الطبي، وكذلك بعلم فيزياء الصوت ومصطلحاته؛ فقد وجدنا أن عرض هذا الموضوع سيكون أكثر دقة وموضوعية من قبل متخصص في هذه الاضطرابات وصاحب خبرة طويلة فيه. لهذا السبب فقد استثنينا التعرض لهذا الموضوع وقد ذكرنا هذا السبب في المقدمة حتى لايتبادر إلى ذهن القارئ فصل هذه الاضطرابات عن الاضطرابات الأخرى التي تم عرضها. ولكن لا نريد إغلاق الباب عن إضافة هذا النوع من الاضطرابات في طبعة أخرى من هذا الإصدار إذا تهيأت الظروف المناسبة لذلك إن شاء الله.

كيف ستعرض الموضوعات داخل هذا الإصدار؟

لقد رأينا أن الخوض في الاضطرابات المختلفة للغة والكلام سيكون ناقصاً أو مبتوراً إذا لم نتعرض إلى مفهوم اللغة ومستوياتها ومراكز التحكم

فيها في جسم الإنسان، ومراحل تطورها الطبيعي، حيث إن الاضطرابات ما هي إلا خلل في مستويات هذه اللغة لسبب ما قد يكون في مراكز التحكم فيها، ولتحديد هذه الاضطرابات لابد من معرفة الوضع الطبيعي والذي يتبين لنا من خلال استعراض مراحل التطور للغة.

اعتماداً على ما سبق فقد قررنا عرض مادة الكتاب في بابين وستة فصول حيث يحوي الباب الأول عرضاً للغة كتعريف، ومستويات، وعرض لمراكز اللغة في الدماغ وتطور اللغة عند الأطفال أما الباب الثاني فيحتوي اضطرابات اللغة التطورية والمكتسبة واضطرابات النطق واضطرابات الطلاقه أو التأتأة، وسيضم كل فصل في الباب طرقاً لتقييم هذه الاضطرابات وعلاجها. أما بالنسبة لأسلوب العرض فسيكون على النحو الآتي:

الباب الأول

في الفصل الأول سيتم تعريف اللغة على نحو مفصل، وكذلك سيتم استعراض مستوياتها. مثل المستوى النحوي والمستوى الصوتي. وسنحاول عرضها بشكل يخدم القارئ في فهم الاضطرابات الخاصة بكل مستوى، وسنشير إلى ذلك أثناء العرض. أما في الفصل الثاني سيتم إستعراض مراكز اللغة في الدماغ بشكل يخدم القارئ في فهم ميكانيكية إنتاج واستيعاب الكلام، وهما جانبا اللغة التي لا تخرج الاضطرابات في اللغة

والكلام عنهما.

في الفصل الثالث سيتم استعراض الوضع الطبيعي لسير تطور اللغة، وذلك بذكر مراحل اكتسابها وما يميز هذه المراحل من سمات وخصائص، بحيث تزود القارئ بمعايير يقيس من خلالها الاضطرابات وخاصة في عمر الطفولة.

الباب الثاني

في الفصل الأول سيتم استعراض اضطرابات اللغة حيث سيقسم هذا الفصل إلى جزئين وهما: الاضطرابات التطورية، والاضطرابات المكتسبة ونرجو الله ألا نكون قد جانبنا الصواب في جمع هذه الاضطرابات بهذا الشكل: وسنقوم بوضع تعاريف لهذين الاضطرابين وسنفصل فيهما من حيث السمات والخصائص.

الفصل الثاني: سيتم استعراض اضطربات النطق وذلك بوضع تعريفات مختلفة لها، وكذلك سيتم استعراض أسباب هذه الاضطرابات.

في الفصل الثالث: سيتم استعراض اضطرابات الطلاقة أو ما يعرف بالتأتأة. وذلك بوضع تعريفات مختلفة لها، وسنتعرض للعوامل المؤثرة في هذه الاضطرابات وسنضع تعريفاً للطلاقة وجوانبها ونذكر أنماط التأتأة ومراحل الإصابة بها.

وقد انتهجنا في عرضنا للفصول الثلاثة في الباب الثاني نهجاً واحداً في كيفية عرض طرق التقييم وأهدافه، وكذلك في كيفية جمع العينة وتحليلها. إلى جانب عرض لطرق وآليات العلاج لهذه الاضطرابات. وسيجد القارئ إشارات كثيرة في الباب الثاني تطلب إليه الرجوع إلى الباب الأول وذلك لارتباط البابين ببعضهما ارتباطاً وثيقاً.

كيف تستفيد من هذا الكتاب؟

إن الطريقة المثلى لدراسة هذا الكتاب تكون بقراءته كاملاً؛ حيث إننا عمدنا إلى عرضه على شكل حلقات ترتبط الواحدة بالأخرى بحيث يشكل سلسلة متكاملة، ولكن هذا لا يعني امتناع الاستفادة من إحدى أجزاء هذا الكتاب حيث إننا قمنا بتكرار لعرض بعض المعلومات المهمة في بداية بعض الموضوعات، حتى لا يتشتت ذهن القارئ بكثرة الرجوع إلى الفصول الأولى.

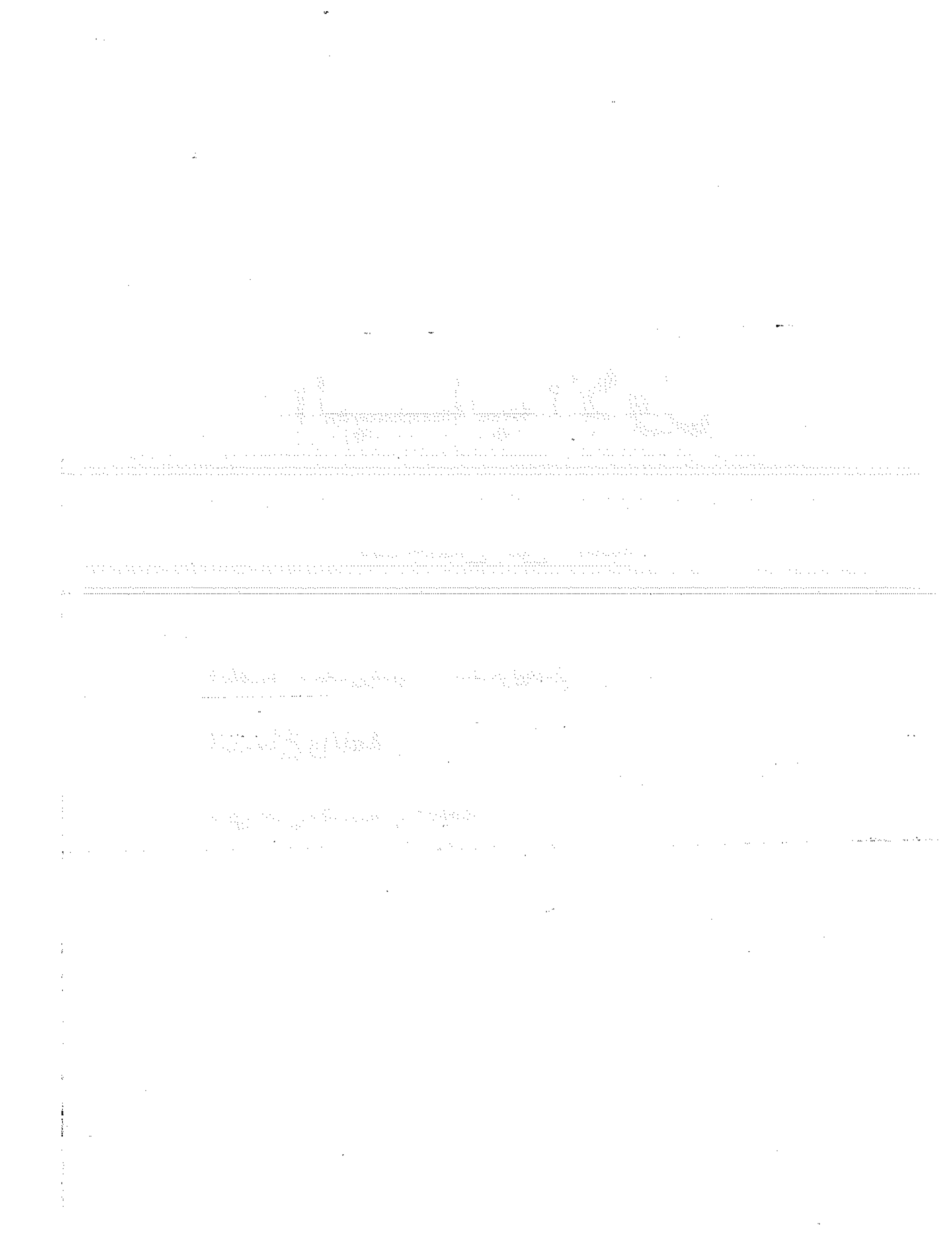
المؤلفان

أ.د. عبد العزيز السرطاوي   أ. وائل موسى أبو جودة

الباب الأول

مدخل إلى اللغة

- اللغة، تعريفها، مستوياتها
- الدماغ واللغة
- مراحل اكتساب اللغة

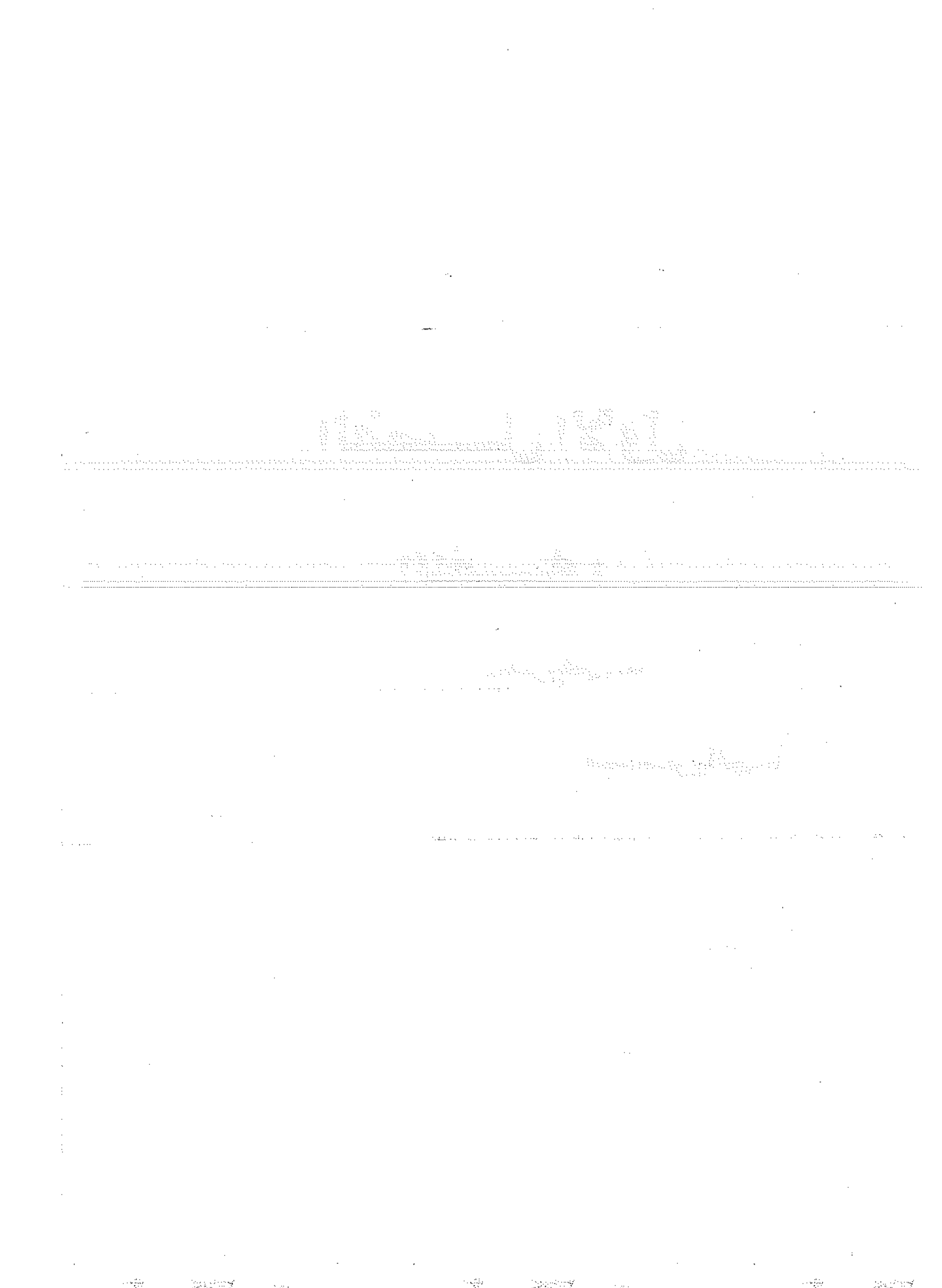


الفصــــل الأول

اللغـــة :

تعريفهـــا

مســتوياتهـــا



تمهيد

لو نظرنا إلى عنوان هذا العمل لوجدنا أنه يحتوى على ما يسمى اضطرابات اللغة وإضطرابات الكلام. وأول ما يتبادر إلى أذهان العامة وحتى غير المطلعين على هذا العلم السؤال التالي: هل تصاب اللغة والكلام بالاضطراب ؟ فعادة ما نسمع أن فلاناً مصاب بصداع، وآخر مصاب بألم في معدته فيراجع طبيباً، فيشخص حالته، ويصف له وصفة طبية، فيذهب إلى الصيدلية ويتناول الدواء كما حدد له الطبيب، فإذا هو بإذن الله يعود صحيح الجسم معافى. فهل تصاب اللغة باضطراب؟!

كثيراً ما نرى أطفالاً يعانون من صعوبة في نطق أصوات أو نلاحظ أن لديهم تأخراً لغوياً، أو صعوبات في القراءة والكتابة، فهل هذا الخلل عائد فقط إلى القدرات العقلية؟ أم أن هناك عارضاً ما أدى إلى هذا الخلل؟ وكثيراً ما نرى بالغين يعانون من خلل في طريقة الكلام، مما قد يقف عائقاً في طريق تحقيق طموحاتهم. ومن الناس من يصاب بحادث مما قد يؤثر على الدماغ، فيقوم معافىً إلا إن لغته تصاب بخلل بالغ. فهل هذه الاضطرابات وضع عارض، سرعان ما يزول دون تدخل خارجي ؟!

لاشك أن اللغة والكلام كأي نشاط يؤديه الإنسان يعتمد على أعضاء في جسده يصاب باضطرابات، ويحتاج إلى تدخل خارجي كما المريض يذهب إلى الطبيب فيشخص حالته. ولكن كيف لنا أن نشخص

الاضطراب ونحدد كيفية التدخل الناجح.

فحتى يشخص الطبيب حالة مريضه، فلابد له من معرفة أسرار العضو (PHYSIOLOGY) الذي يعالجه من حيث مكوناته، وكذلك عليه أن يعرف الموضع الطبيعي لذلك العضو حتى يستطيع تحديد ما يشذ عن هذا الوضع. ومن خلال التجربة استطاع العلم تحديد كثير من الأوضاع المضطربة التي تصيب الإنسان، حتى بات الاستدلال إلى هذا الوضع سهل المنال إلى حد ما. غير أن الزمن كثيراً ما يكشف عن أشياء جديدة فيتعلمها الإنسان. ولكن المهم أن الكل متفق على أن هناك منهجاً علمياً لدراسة ما يستجد.

وحتى نستطيع الدخول إلى عالم اضطرابات اللغة والكلام فلابد من ولوج هذا العالم من بابه، ألا وهو اللغة، فنحن نريد أن نحدد الاضطرابات التي تصيبها، فكيف لنا أن نحددها دون أن نعرف ماهيتها؟ فما هي اللغة؟ وما هو الكلام؟ وهل هناك فرق بينهما؟ فدعونا نقرع باب هذا العالم ونعرِّف اللغة.

اللّغة، مصطلح وتعريف:

نقف مذهولين أمام هذا الكم الكبير جداً من الكلمات والأفكار التي تزدحم بها أدمغة الناس على وجه هذه الأرض، نصاب بالذهول أكثر أمام هذا العدد الكبير من اللغات واللهجات، فهل هناك جامع مشترك بين هذه اللغات على اختلاف أشكالها؟ وبين هذه الأفكار على تعددها؟ وهل

نستطيع جمع هذه اللغات تحت تعريف واحد، نستطيع من خلاله دخول عالم اللّغة؟

الإجابة وبسهولة تامة . . . . نعم !!! وهذا ليس غريباً فنحن نعرف أن كل الأجناس على وجه هذه البسيطة يعودون إلى أب واحد وهو آدم وأم واحدة هي حواء عليهما السلام. وحتى تزداد وجهات نظرنا قرباً دعونا نحدد الهدف من اللغة والكلام.

قال الله تعالى في كتابه العزيز ﴿يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا﴾ (آية ١٣ - سورة الحجرات) فكيف تتحقق هذه الغاية؟ فلابد من وسيلة لتحقيقها. وعوداً بنا إلى مقدمة ابن خلدون المشهورة في علم الاجتماع حيث قال:«إن الإنسان مدني بالطبع» فماذا يعني ابن خلدون بكلمة مدني؟ لا يستطيع الانسان أن يعيش بمفرده معزولاً عن العالم، فكل إنسان يعتمد على ما ينتجه الآخرون، فالعلاقة بين الناس تكاملية، وحتى يحقق الإنسان رغباته المختلفة، فلابد له من وسيلة إتصال مع الآخرين حتى يتبادل معهم الخبرات، فما هي هذه الوسيلة؟ إنها اللغة، وهنا قد يقول قائل: بعض الناس حرم من نعمة القدرة على إنتاج الكلام. فهل يكون هذا الإنسان غير مدني؟ طبعاً لا، فهناك وسائل اتصال أخرى، ليس هذا مقام الحديث عنها. وعندما تطلق قاعدة ما فيقصد بها العموم ولا يقصد ما يشذ عنها. وطبقاً لما يطرحه علم المنطق، فإن الاستثناء لا يلغي القاعدة وإنما يؤكدها. نأمل أن نكون قد وصلنا إلى

أن هدف اللغة متفق عليه عند كل الناس، وهو سهولة التواصل ونقل الخبرات. وحتى نصل إلى تعريف شامل للغة سنعرض عدداً من التعريفات حيث إن هناك تعريفات كثيرة للغة منها:

١ - الصور اللفظية المعروفة، وتتكون من كلمات وجمل وقواعد ومعنى، وهي مظهر من مظاهر النمو العقلي والتحضر الإنساني.

٢ - المجموعة المعينة من الرموز والتي تساعد على التواصل الفكري الواضح بين أفراد المجتمع الواحد.

٣ - مجموعة من والمعاني المختلفة التي تعبر عن الأفكار والمشاعر الموجودة عند الفرد، بالإضافة إلى علاقتها الواضحة بالتفكير وتعتبر وسيلة الإتصال الرئيسية بين الأفراد.

٤ - نظام رمزي صوتي ذو مضامين محددة، تتفق عليه جماعة معينة من الناس، ويستخدمه أفرادها في التفكير والتعبير والإتصال.

٥ - هي نظام (System) يتكون من رموز صوتية (Vocal Symbols) اعتباطية (Arbitrary) تستخدم للتواصل الإنساني(Human Communication)

من خلال التعريف الأخير. نلاحظ أنه يحتوي على ثلاثة عناصر وهي:

أ - النظام (System)

ب- الرموز الصوتية الاعتباطية (Arbitrary Vocal Symbols).

ج - التواصل الإنساني (Human Communication).

ومن الجدير بالذكر، أننا لم نخص لغة دون أخرى أو لهجة دون أخرى بهذا التعريف، فأي لغة لها نظام وفيها رموز صوتية اعتباطية وتستخدم من أجل التواصل الإنساني.

والآن سنتناول كل عنصر من عناصر التعريف بشيء من التفصيل.

أ - النظام : ونعني بالنظام، القوانين التي تحكم سير اللغة، أياً كانت فيظهر التناسق بين مكونات اللغة (Language Components) وتخرج بالشكل الذي يعرفه أبناء اللغة (Natives)، والنظام هنا كلمة شاملة تعني أن هناك مجموعة من الأنظمة الفرعية. وحتى تتصف اللغة بالنظام، فلابد أن تنضبط بقوانين تحكم النظام بشكل عام، مما يجعلنا نصف اللغة بأنها سلوك محكوم بقوانين (Rule Governed Behavior). فما هي الأنظمة التي تكون اللغة؟

١ - المستوى الصوتي (Phonetics)

٢ - المستوى الفنولوجي (نظام تناسق الأصوات) (Phonology)

٣ - المستوى النحوي (Syntax)

٤ - المستوى الصرفي (Morphology)

٥ - المستوى المعنوي (المعاني) (Semantics)

٦ - المستوى الاستخدامي (توظيف اللغة) (Pragmatics)

ويوضح الجدول (١:١) المستويات واهتمام كل مستوى

جدول (١-١) يبين مستويات اللغة وما تركز عليه من جوانب اللغة

الرقم	المستوى	ما يركز عليه من اللغة
١	الصوتي	توصيف الأصوات منفردة حسب مكان وطريقة النطق
٢	الفنولوجي	تنسيق الأصوات في الدماغ
٣	الصرفي	بناء الكلمة من الداخل وما ينتج عليها من تغيير
٤	النحوي	بناء الجملة وترتيب الكلمات فيها
٥	المعنوي	دلالة المفردات والجمل والعلاقة بينها.
٦	الاستخدامي	استخدام اللغة في الواقع الحياتي المعاش

ب- ١- **الرموز الصوتية** (Vocal Symbols)، أما الرموز فهي مسميات الأصوات من مثل / d / ، / b / ، / ħ /. وقد استحدث نظام للترميز الصوتي Phonetic Transcription ليسهل التواصل بين المتخصصين في هذا المجال. ولتخطى عقبة اختلاف اللغات سوف نفرد ملحقاً خاصاً بنظام الترميز الصوتي المستخدم عالمياً International Phonatic Alphabet وأما صوتية فنعني بها أنها تحدث صوتاً متعارفاً عليه باستخدام أعضاء جهاز الصوت أو النطق.

٣ - **الاعتباطية** (Arbitrariness) **أو العشوائية**: وهي صفة للأصوات أو الرموز الصوتية. ونعني بها أنه ليس هناك علاقة بين شكل الكلمة الصوتي وما تعود إليه من معنى (Referent). فكلمة (مرآة) مثلاً لا تدل من خلال أصواتها أو شكلها الصوتي إلى المعني المتعارف عليه، وهي الشيء الذي يعكس صور الأشياء. فالمعنى لا تربطه علاقة بشكل الكلمة الصوتي وإنما يتم الربط بين المعنى والشكل من خلال التعلم الشرطي، حيث يربط الطفل بين الشكل الصوتي، وما تم التعارف عليه على أنه الشيء المقصود، ومع الوقت يتم اقتران الشيء بهذا الشكل الصوتي في الدماغ لتتكون حصيلة الطفل من المفردات.

ويجدر هنا التنويه إلى أنه لا تعارض بين كون اللغة محكومة بقوانين وبالتالي منظمة، وبين اعتباطية العلاقة بين الشكل الصوتي ودلالته المعنوية.

جـ - **تستخدم للتواصل الإنساني**: وهو العنصر الأخير من عناصر التعريف، و نقصد به أن الهدف الرئيس من استخدام اللغة هو التواصل بين الناس. ونقصد بالتواصل تنظيم العلاقات بين الناس من خلال تبادل الأفكار والخبرات، وتحقيق الرغبات. فهذا الشخص مثلاً يعلّم الأطفال دينهم، وهذا يشترى حاجياته من البائع ولعلّ اللغة أهم وسيلة لتحقيق هذه الرغبات.

ومن أجل فهم اللغة على نحو أفضل، فلابد من الغوص في أعماقها علنا نقف على أهم مكوناتها وتحديد بعض معالمها. فقد سبق وقلنا إن اللغة تتكون من عدد من المستويات، وكل مستوى له قوانين تحكمه. وفي النهاية تتحدد هذه المستويات لتخرج اللغة بمظهرها الذي نعرفه.

* مستويات اللغة (Language Levels)

أولاً: المستوى الصوتي (Phonetic Level)

الصوتيات: هي الدراسة العلمية لأصوات الكلام من حيث مكان وطريقة تشكلها، وكيفية إدراكها.

أما أصوات الكلام فتعني الأصوات التي تكوّن كلامنا من مثل الباء /b/ الحاء / ħ / . وأما الدراسة العلمية لمكان وطريقة تشكلها فتعني تلك الأعضاء المستخدمة في إنتاج كل صوت، وشكل المجرى الصوتي أثناء إنتاج الصوت، وكذلك حالة الأوتار الصوتية عند إنتاج هذا الصوت. وليسهل فهم هذا الموضوع نأخذ صوت الباء / b / على سبيل المثال لا الحصر مكان إنتاجه: الشفتان. وأما الطريقة: فهي خروج الهواء بعد حبسه خلف الشفتين بشكل مفاجئ. وأما حالة الأوتار الصوتية فتكون متحركة مما يصدر رنيناً نحسه لو وضعنا إصبعنا على الحنجرة في وسط الرقبة.

أما الدراسة العلمية لهذا المستوى فترتكز على العناصر الثلاثة ا لسابقة

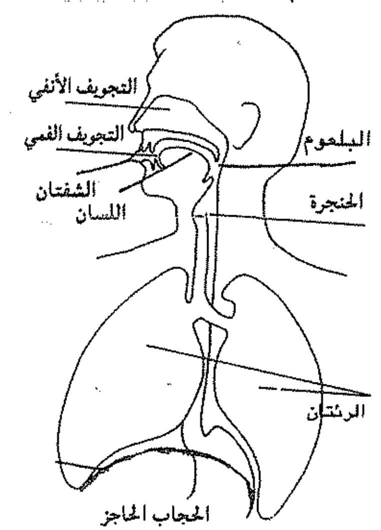
وهي:

١ - مكان تشكل الصوت (Place of Articulaion).

٢ - طريقة التشكل (Manner of Articultaion)

٣ - حالة الأوتار الصوتية (Voicing) أثناء تشكل الصوت.

عندما نتحدث عن مكان الصوت، لابد من التعرض إلى أعضاء النطق، وتكوّن هذه الأعضاء جهاز الكلام (Speech Mechanism) وقبل الخوض في شرح أعضاء النطق علينا أن نعرف أن الكلام كغيره من الأنشطة التي يقوم بها جسم الإنسان، ينتظر إشارات من الدماغ، فللكلام واللغة مراكز خاصة في الدماغ ترسل إشارات إلى أعضاء النطق فتقوم أعضاء النطق بالاستجابة. وتجتمع أعضاء النطق لتكون جهازاً من أجهزة الجسم وهو جهاز النطق. كما يظهر الرسم (١:١) ويتكون من الأجزاء التالية:



شكل ١-١
جهاز النطق

١ - **الحجاب الحاجز** (Diaphragm): هو عبارة عن عضلة تقع بين المعدة والرئتين، حيث تقوم بضغط الهواء في الرئتين لخروجه أثناء الزفير (Expiration) وذلك نتيجة لارتخائها بعد عملية الانقباض، وهذه العضلة تتأثر با لمعدة وعضلاتها.

٢ - **الرئتان** (Lungs) : وهما مصدر الهواء والذي هو أصل الكلام. فمن خلال حركة الرئتين من انقباض وارتخاء يخرج الهواء من خلال القصبة الهوائية ليصل إلى الحنجرة.

- **القصبة الهوائية** (Trachea) : الأنبوب الغضروفي الذي يصل الرئتين بالحنجرة.

٣ - **الحنجرة** (Larynx): وتسمى صندوق الصوت، وهو المكان الأهم في إنتاج الصوت. حيث يحدث فيها تغيير على سمات الهواء المار فيها مما يؤدي إلى تشكل الصوت.

٤ - **الأوتار الصوتية** (Vocal Cords) : وسميت بالأوتار لما لها من شبه بالأوتار التي تصدر الأنغام. وفي الحقيقة فهي عبارة عن عضلتين مشدوتين من أطرافهما في أعلى الحنجرة. ومن خلال فتحها وإغلاقها يصدر الصوت، إضافة إلى اهتزازها عند تشكل بعض الأصوات وسكونها عند أخرى.

٥ - **لسان المزمار** : (Epyglottis): وهو الجزء الذي يحمي الحنجرة من دخول الأجسام الغريبة إليها، ويسمح بدخول الهواء فقط.

٦ - **البلعوم** (Pharynx) : وهو القناة التي تصل بين الأوتار الصوتية وفتحة الحلق. ويشكل مجرى مهماً للهواء، وفي هذا المجرى يأخذ الصوت سمات جديدة.

٧ - **اللهاة** (Uvula): وهي القطعة اللحميّة المتدليّة في أسفل الجزء الخلفي من الفم. وتعمل على تشكيل بعض الأصوات. حيث تعترض طريق الهواء لتعطيه شكلاً صوتياً وسمات جديدة.

٨ - **سقف الحلق الناعم** (Soft Palate) : وهو الجزء الذي يقع في الجانب العلوي من مؤخرة الفم. وهو جزء متحرك فعندما ينزل إلى الأسفل يغلق طريق الهواء ويمنعه من المرور من خلال الفم، ويسمح له بالخروج من الأنف، والعكس صحيح.

٩ - **سقف الحلق الصلب** (Hard Palate) : وهو الجزء الذي يقع في أعلى منتصف الفم، ويشكل نقطة التقاء مهمة مع اللسان ليشكل أصواتاً جديدة.

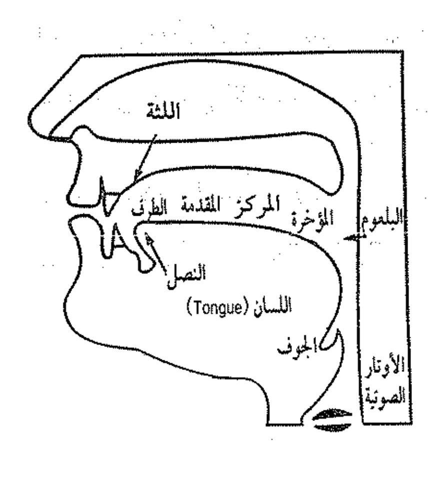
١٠ - **اللثة** (Alveolar): وهو الجزء الذي يقع خلف الأسنان مباشرة وتعتبر نقطة التقاء مع اللسان لتشكيل الأصوات.

١١ - **الأسنان** (Teeth): وهي موزعة على فكين علوي وسفلي، وتلعب دوراً مهماً في تشكيل الأصوات حيث تعترض طريق الهواء الخارج من الفم وكذلك تشكل نقطة التقاء مع اللسان.

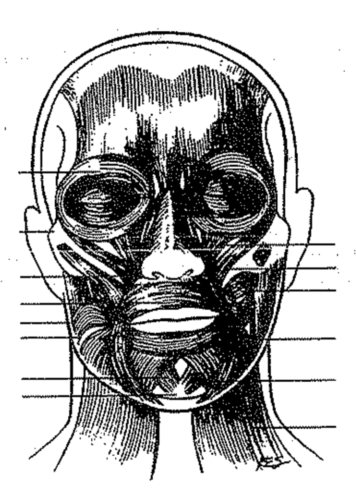
١٢ - **الشفتان** (Lips): وهما عضلتان تقعان في مقدمة الفم ولهما دور في اعتراض الهواء، وكذلك تشكل نقطة التقاء مع الأسنان لتشكيل بعض الأصوات.

١٣ - **الأنف** (Nose): وهو مجرى للهواء الداخل والخارج من الجسم، ويلعب دوراً في تشكيل الأصوات الأنفية.

١٤ - **اللسان** (Tongue): شكل (٢-١) وهو العضو الأكثر حركة من أعضاء النطق ويلعب دوراً كبيراً في تشكيل كثير من الأصوات فكل



شكل (٢-١)



عضلات الوجه شكل (٣-١)

جزء من اللسان يلعب دوراً في تشكيل الأصوات.

١٥ - **عضلات الوجه** (Facial Muscles) : شكل (٣-١) وهي تعطي الشكل العام للوجه أثناء الكلام، فتظهر من خلالها الفرحة أو الغضب أو الهدوء (Facial Expressions).

كلّ أنظمة الجسد تعمل جنباً إلى جنب لتنجز كل مهمة موكلة للجسم. لذا لا يمكن القول: إن جهاز النطق يعمل بمعزل عن الأجهزة الأخرى، ولكن هناك نظام متصل إتصالاً مباشراً بالجهاز الصوتي وهو جهاز السمع ويلعب دوراً مهماً في إكتساب اللّغة.

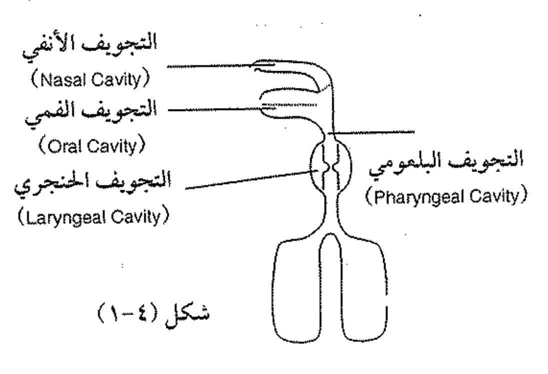
ويجب ألا يغيب عن أذهاننا أن لأعضاء النطق وظائف حيوية أخرى غير النطق مثل التنفس والمضغ، والتذوق وغيرها. ويمكن تقسيم أعضاء النطق إلى قسمين من حيث الحركة والثبات كما يظهر في الجدول (٢-١)

جدول (٢-١) يبين أعضاء النطق المتحركة والثابتة

الأعضاء الثابتة	الأعضاء المتحركة
البلعوم	الأوتار الصوتية
اللهاة	سقف الحلق الناعم
سقف الحلق الصلب	الفكين
اللّثة	الشفتان
الأسنان	اللّسان
الأنف	

كيفية تكون الكلام:

يصدر أمر من الدماغ لأعضاء النطق، فتتحرك لتنجز عملية الكلام، وذلك بخروج دفقة من هواء الزفير من الرئتين كنتيجة لوضع عضلة الحجاب الحاجز، فيخرج من القصبة الهوائية ويدخل ا لتجويف الحنجري، فيصطدم بجدرانها، ومن ثم يمر بين الأوتار الصوتية والتي إما أن تغلق للحظات بعدها تفتح وقد تهتز وتبقى ساكنة، ومن ثم يمر الهواء في التجويف البلعومي فيأخذ سمات جديدة من خلال ارتداد الصوت بين جدران البلعوم، ليصل الهواء إلى اللهاة التي إمّا أن تحبس الهواء خلفها للحظات ومن ثم تسمح له بالمرور أو تبقى ساكنة، فيمر الهواء دون عناء فوق اللسان وتحت سقف الحلق الناعم الذي إما إن ينزل إلى الأسفل، فيغلق الطريق بالمشاركه مع اللسان فيكمل الهواء طريقه من الأنف، أو أن يبقى في مكانه فيستمر الهواء في طريقه ليمر من تحت سقف الحلق الخشن الذي قد يقترب منه اللسان، فيشكل إغلاقاً تاماً أو جزئياً، ومن ثم يمر الهواء بقرب اللّثة وبمشاركة اللسان فيشكل إغلاقاً تاماً أو جزئياً وبعدها يمر



شكل (٤-١)

من بين الأسنان والشفتين.

لو تتبعنا الرحلة السابقة لوجدنا بعض المفاهيم التي يجب الوقوف عليها:

١ - التجاويف

٢ - مكان الإغلاق.

٣ - الإغلاق التام والإغلاق الجزئي.

٤ - حالة الأوتار الصوتية:

أ - **التجاويف (Cavities)** : عبارة عن فجوات في الجهاز الصوتي كما يظهر في الشكل (٤-١)، ويلعب شكل الفجوة وحجمها دوراً في إعطاء الصوت الناتج سمات جديدة من حيث الرنين والتردد والنغمة، والحدة وما إلى ذلك من سمات الصوت. ويوجد في جهاز الكلام أربعة تجاويف وهي:

أ - **التجويف الأنفي (Nasal Cavity)** : وهو الفجوة الممتده من سقف الحلق الناعم العلوي إلى فتحات الأنف.

ب - **التجويف الفمي (Oral Cavity)** : وهو الفجوة الممتدة من أعلى البلعوم إلى الشفتين.

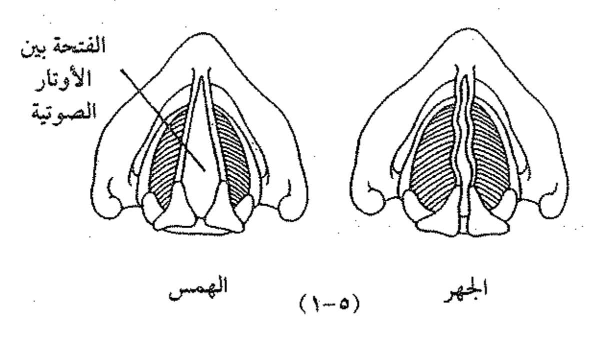
ج - **التجويف البلعومي (Pharyngeal Cavity)** : وهو الفجوة الممتدة من أعلى الأوتار الصوتية إلى بداية التجويف الفمي.

د - **التجويف المنجري (Laryngeal Cavity)** : وهو التجويف

الممتد من أعلى القصبة الهوائية إلى أسفل الأوتار الصوتية.

٢ - **مكان الإغلاق:** وهو المكان الذي يتشكل عنده الصوت. ويسمى الصوت باسم المكان الذي يتشكل فيه، حيث يعتبر المكان جزءاً من توصيفات الصوت فمثلاً صوت الهمزة ينتج عن إغلاق الوترين الصوتيين وفتحهما، لذا يسمى هذه الصوت حنجرياً (Glottal).

٣ - **شكل الإغلاق (الإغلاق التام والإغلاق الجزئي):** وتعني جزئياً أو كلياً: اقتراب أعضاء النطق بعضها من بعض، لكي تعترض طريق الهواء الصاعد من الرئتين. فإما أن تمنعه منعاً باتاً من المرور للحظات، ومن ثم تفلته. وإما أن تضيق الطريق أثناء مرور الهواء، مما يؤدي إلى إحتكاك الهواء بأعضاء النطق التي تلي مكان تشكل الصوت ويبقى هناك حالة وهي عدم اعتراض أعضاء النطق للهواء، والسماح له بالمرور بسهولة واعتماداً على شكل الإغلاق، إن كان جزئياً أو كلياً. تطلق التسميات على الأصوات ويُسمى هذا التقسيم طريقة تشكل الصوت (Manner of Artculation). فمثلاً في الأصوات التي تنتج عن إغلاق غير تام تسمى أصواتاً احتكاكية.



(٥-١)

٤ - **حالة الأوتار الصوتية** : ونعني بها حالة الوترين الصوتيين أثناء مرور التيار الهوائي من بينهما من حيث السكون أو الاهتزاز، فقد تهتز عند مرور بعض الأصوات وتبقى ساكنة عند مرور أصوات أخرى. وحسب وضع الوترين يتخذ الصوت المار صفة جديدة أما الهمس (Voiceless) أو الجهر (Voiced) شكل (٥-١).

إن الطريقة الأكثر شيوعاً في تقسيم الأصوات هي تنظيمها في مجموعتين رئيستين وهما:

١ - أصوات العلّة (Vowels).

٢ - الأصوات الساكنة أو الصحيحة (Consonants).

يعتمد هذا التقسيم على شكل المجرى الصوتي أثناء إنتاج الصوت، حيث إن أصوات العلّة تتميز بمجرى مفتوحة وبأقل اعتراض، وقد نقول دون اعتراض من أعضاء النطق أثناء رحلة التيار الهوائي من الحنجرة إلى الشفتين. غير أننا نعتمد في تقسيم العلّل على وضع اللسان أثناء إنتاج الصوت وعلى هذا الأساس تقسم حروف العلّة إلى قسمين:

١ - حسب موقع انتاج الصوت على اللسان وبالتالي ينتج لدينا أربعة أنواع:

أ - أصوات أمامية.

ب - أصوات متوسطة.

ج - أصوات خلفية.

د - أصوات مركزية.

٢ - وضع اللسان وينتج لدينا نوعان:

أ - أصوات عالية.

ب - أصوات منخفضة.

أصوات العلل في العربية مع الأمثلة

١ - أمامية عالية.

أ - / i / (الكسرة) كما تنطق في كلمة سِر /Sir/

ب - / i: / (الياء الطويلة) كما تنطق في كلمة عيد /ʕi:d/

٢ - أمامية متوسطة

/ e / كما تنطق الياء في كلمة بيت / bet/

٣ - أمامية منخفضة

/ a / كما تنطق الفتحة في كلمة عَد /ʕad/

/ a: / كما تنطق الألف الطويلة في كلمة عاد /ʕa:d /

٤ - خلفية عالية

/ u / كما تنطق الضمة في كملة عُد /ʕud/

/ u: / كما تنطق الواو في كلمة عود / ʕu:d/

٥ - خلفية متوسطة

/ o / كما تنطق الواو في كلمة خوخ / xox /

٦ - خلفية منخفضة

/ ɑ / كما تنطق الفتحة في كلمة ضَع / dɑʕ /

/ ɑ: / كما تنطق الألف الطويلة في كلمة ضاع /dɑ:ʕ/

٧ - العلة المركزية ويكون اللسان فيها في وضعه الطبيعي (Rest Position)

كما تنطق الكسرة بعد الفاء في كلمة سواليفه / sawalifa /

أما الأصوات الساكنة أو الصحيحة فهي على عكس أصوات العلل حيث يتم إنتاجها بدرجات متفاوتة من الاعتراض من قبل أعضاء الصوت وكثيراً ما يطلق عليها الأصوات المُعترضة (Obstruent) وذلك بسبب اعتراض أعضاء النطق لها أثناء إنتاجها. والآن سيتم تقسيم الأصوات الساكنة اعتماداً على مكان النطق وشكل الاعتراض أثناء النطق.

ا - التقسيم اعتماداً على مكان النطق Place of Articalation

١ - الأصوات الشفتانية أو الشفوية (Labials)

وهي الأصوات التي تنتج باستخدام الشفتين أو واحدة منهما

أ - صوت الباء / b / وينتج عند التقاء الشفة العليا والسفلى.

ب - صوت الميم / m / وينتج عند التقاء الشفة العليا والسفلى.

ج - صوت الفاء / f / وينتج عند التقاء الشفة السفلى والفك العلوي ويطلق عليها شفوي أسناني (Labiodentals)

د - صوت الواو كما ينطق في واد / w / وينتج عند تدوير الشفتين (Rounding) .

٢ - الأصوات الأسنانية وبين أسنانية (Dentals or Interdentals) وهي تنتج من خلال وضع اللسان بين الأسنان

أ - صوت الثاء / θ / وينتج عند وضع اللسان بين الفكين.

ب - صوت الذال / ð / وينتج عند وضع اللسان بين الفكين.

ج - صوت الظاء / ð̣ / وينتج عند وضع اللسان بين الفكين.

٣ - الأصوات اللثوية:

حيث تلتقي مقدمة اللسان بالحافة العليا للثة أي خلف الأسنان العلوية وينتج عن هذا الالتقاء الأصوات الآتية:

أ - صوت التاء / *t* / وصوت الدال / *d* /

ب - صوت الطاء / ṭ / وصوت الضاد / ḍ /

ج - صوت النون / *n* /

د - صوت الراء / r /

هـ - صوت السين / S / وصوت الزاي / Z /

و - صوت الصاد / ʂ / وصوت مفخم الزاي كما في كلمة زابط في الجيش (لهجة عربية عاميّة) / ʐ /

ز - صوت اللام / l /

٤ - الأصوات ما بعد اللثوية (Postalveolar)

حيث تلتقي مقدمة اللسان بالمنطقة الواقعة بين اللثة وسقف الحلق الصلب وينتج عن هذا الالتقاء الصوتان الآتيان:

* صوت الشين / ʃ / وصوت الجيم الخفيفة / ʒ /

٥ - الأصوات الحلقية (الحلق الصلب) (Palatals) :

حيث يلتقي منتصف اللسان بسقف الحلق الصلب فينتج عن هذا الإلتقاء:

* صوت / tʃ / كمـا يظهر في اللغة الإنجليـزية في كلمة spee<u>ch</u> أو كما يظهر في بعض اللهجات العربية وصوت الجيم / dʒ /

٦ - الأصوات الحلقية (الحلق الناعم) (Velars) :

حيث تلتقي مؤخرة اللسان بسقف الحلق الناعم فينتج عن هذا الإلتقاء:

١ - صوت الكاف /k/ وصوت /g/ كما يظهر في اللغة الإنجليزية في كلمة inglif.

٢ -صوت الخاء /x/ وصوت الغين / ɣ /

٧ - **الأصوات اللهوية (Uvulars) :**

حيث تلتقي مؤخرة اللسان باللهاة فينتج عن ذلك صوت القاف / q/

٨ - **الأصوات البلعومية (Pharyngeals):**

حيث تلتقي مؤخرة اللسان (جذره) لتلاقي جزءاً من البلعوم فينتج عن ذلك الإلتقاء

صوت الحاء /ħ/ وصوت العين / ʕ /

٩ - **الأصوات الحنجرية (Glottals)**

حيث يمر تيار الهواء من بين الوترين الصوتين ويحدث إحتكاك معهما وينتج صوت الهاء / h / وصوت الهمزة / ʔ /

٢ - **التقسيم حسب طريقة التشكل Manner of Articulation**

يعتمد هذا التقسيم على طريقة إنتاج الصوت، حيث تتخذ أعضاء النطق شكلاً خاصاً يحكمه ذلك طريقة مرور الهواء مما يعطي صفات للصوت الناتج.

وكما سبقت الإشارة إليه. فإن اعتراض أعضاء النطق لتيار الهواء يكون على أشكال مختلفة.

أ - الإغلاق التام

ب - الإغلاق الجزئي

ويمكن أن تقسم الأصوات اعتماداً على شكل الإغلاق إلى مجموعتين:

أ – أصوات يتم فيها اعتراض تيار الهواء بشكل واضح كلياً أو جزئياً.

ب– أصوات يكون الاعتراض فيها لتيار الهواء بسيطاً جداً.

ويقسم النوع الأول إلى قسمين:

١ – الوقفية أو الانفجارية (Stops):

تصدر هذه الأصوات نتيجة لحدوث إغلاق تام في مكان ما في مجرى الصوت (Vocal tract) حيث يستمر هذا الإغلاق للحظات ومن ثم يسمح لتيار الهواء بالخروج بشكل مفاجيء (release) مما يؤدي إلى حدوث ما يشبه الانفجار. وفيما يلي الأصوات الانفجارية بدءاً من الحنجرة وانتهاءً بالشفتين: الهمزة والقاف والكاف والتاء والدال والطاء والضاد و الباء.

٢ – الأصوات الاحتكاكية (Fricatives)

وتصدر نتيجة لإغلاق جزئي، وهذا يعني اقتراب عضو متحرك من عضو ثابت من أعضاء النطق مع إبقاء الفرصة سانحة لمرور التيار الهوائي، ولكن يصاحب مرور التيار الهوائي صوتاً نتيجة لاحتكاك الهواء بأعضاء الصوت. والأصوات الاحتكاكية هي: الهاء، والحاء، والعين، والخاء والغين، والشين، والجيم الخفيفة، والسين، والزاي، والصاد، والثاء، والفاء، والذال، والظاء. وكنتيجة لأخذ صفة الإغلاق

التام والإغلاق الجزئي ينتج لدينا مجموعة أصوات جديدة هي؛ الأصوات الانفجارية الاحتكاكية (Affricates): حيث يتشكل إغلاق تام بين أعضاء النطق في مكان ما في مجرى الصوت حاجزاً الهواء خلفه، ومن ثم يحدث انفراج جزئي سامحاً للتيار الهوائي بالمرور ولكن مع صدور صوت ينتج لاحتكاك الهواء بأعضاء النطق.

والأصوات الوقفية الاحتكاكية هي صوت / ʧ / كما تظهر في الكلمة الإنجليزية (Speech) وكما يظهر في بعض اللهجات العربية وصوت الجيم / ʤ /.

وأما المجموعة الثانية تنقسم إلى مجموعتين:

أ - أصوات يمر التيار الهوائي فيها من الأنف.

ب - أصوات تقترب فيها أعضاء النطق من بعضها البعض ولكن ليس لدرجة احتكاك الهواء بهما

أما المجموعة الأولى فهي الأصوات الأنفية حيث ينزل سقف الحلق الناعم مشكلاً إغلاقاً مع اللسان ويمنع التيار الهوائي من إكمال رحلته من الفم، وبالتالي يخرج من الأنف. والأصوات الأنفية هي الميم والنون.

أما المجموعة الثانية فتقسم إلى ثلاث مجموعات:

١ - الأصوات الترددية ويوجد في العربية حرف واحد وهو الراء وينتج عن حركة اللسان السريعة وضرب شفرة اللسان باللثة.

٢ - الأصوات الجانبية ويوجد في العربية منها صوتاً واحداً وهو اللام وينتج عند التقاء شفرة اللسان باللثة تاركاً المجال أمام التيار الهوائي للخروج من جانبي اللسان.

٣ - أشباه العلل، وإنتاجها يشبه إنتاج حروف العلّة ولكن مع وجود تضيق أكبر في التجويف الفمي. وهناك صوتان هما الواو والياء.

٣ - تقسيم الأصوات حسب حالة الأوتار الصوتية Voicing:

كما أسلفنا فإن إنتاج الكلام هو عبارة عن دفقة الهواء الصاعدة من الرئتين أثناء عملية الزفير (Expiratory Process) بدفع من عضلة الحجاب الحاجز (Diaphragm) مروراً بالقصبة الهوائية والحنجرة ومن ثم عبور الوترين الصوتيين (Vocal Cords) وهنا إما أن يبقي الوتران ساكنين أو يتحركا حركة اهتزازية (Vibrating) ومن حالة الوترين تأخذ الأصوات صفة ا لجهر عند الاهتزاز وصفة الهمس عند السكون وعدم الاهتزاز ونستطيع أن نشعر بحركة الوترين عند لمس الحنجرة بأطراف الأصابع حيث نشعر بطاقة الحركة.

تقسم حالة الوترين ا لصوتين أصوات اللّغة إلى قسمين متساويين تقريباً، حيث إن كل صوت مهموس تقريباً له نظير مجهور. ويظهر

الجدول الآتي (٣-١) الأصوات المجهورة والأصوات المهموسة في العربية الفصحى، علماً أننا لم نهمل اللهجة العامّية في جدول الأصوات العربية، ولكن آثرنا وضع الأصوات من اللغة الفصحى وذلك لأن هذه الأصوات يمكن كتابتها أما العامّية فليس هناك مجال لكتابتها بالعربية وتعتمد في إيصالها للمتعلمين على السماع حتى يتمكنوا من كتابة الرمز المتعارف عليه عالمياً.

وهكذا نكون قد أتينا على الصفات الثلاث التي تميز من خلالها الأصوات وهي مكان نشوء الصوت وطريقة نشوئه وحالة الوترين الصوتين أثناء إنتاجه.

قبل الخروج من هذا المستوى تستوقفنا ظاهرة صوتية تميّز أصوات العربية عن غيرها من اللغات وهي ظاهرة التفخيم وهذه الظاهرة تضيف صفة للصوت دون التغيير في مكان نشوء الصوت أو طريقته. وتتم هذه الظاهرة من خلال شد عضلات اللسان من الخلف إلى جدار البلعوم مع وجود درجة شد عالية مما يؤدي إلى إعطاء الصوت ضخامة، والأصوات المفخمة في العربية الفصحى هي: الطاء والضاد والظاء والصاد.

إن الاهتمام بهذا العرض المفصل للمستوى الصوتي على وجه التحديد حتى نظهر لك عزيزنا القارئ مدى تقارب الأصوات من بعضها البعض وطريقة التمييز بينها، فقد عرضنا لك ثلاث وسائل للتمييز بين الأصوات، علماً أن هناك وسائل أخرى للتمييز بين الأصوات أصغر من الطرق

الثلاث السابقة وتسمى هذه الوسائل بالسمات المميّزة (Distingtive Fea-tures) فإن أردت التعرف إلى هذه السمات فعليك مراجعة كتب الصوتيات (Phonetics) . ومن الجدير بالذكر أن التمييز بين الأصوات يسّهل علينا التعامل مع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في تمفصل أعضاء الصوت (Articulation disorders)

الأصوات المجهورة	الأصوات المهموسة
الباء	–
الميم	–
–	الفاء
الذال	الثاء
الظاء	–
الضاد	التاء
النون	الطاء
الراء	–
الزاي	–
–	السين
اللام	الصاد
الجيم الثقيلة	–
الغين	الشين
–	الكاف
العين	الحاء
–	الهمز
–	الهاء

جدول (٣-١) يبين الأصوات المجهورة والمهموسة في العربية الفصحى

جدول (٤-١) يبين الأصوات العربية الفصحية والعاميّة

المكـــان / الطريقـــة	الشفوية	الشفوية الأسنانية	الأسنانية	اللثوية	ما بعد اللثوية	الحلقية الصلب	الحلقية الناعم	اللهوية	البلعومية	الحنجرية
الإنفجارية	b			t d ṭ ḍ			k g	q		h ʔ
الأنفية	m			n						
ترددية				r						
الإحتكاكية		f v	θ ð ð̣	s z ṣ ẓ	ʃ ʒ		x ɣ		ħ ʕ	
جانبية				l						
الانفجـارية الاحتكاكية						tʃ dʒ				

ملاحظة : الصوت المهموس إلى اليمين والصوت المجهور إلى اليسار

الأصوات العربية وما يقابلها من رموز صوتية مستخدمة في النظام العالمي للترميز الهجائي (International Phonetic Alphabet)

الباء	:	/ b /	الشين	:	/ ʃ /
التاء	:	/ t /	الصاد	:	/ ṣ /
الطاء	:	/ ṭ /	الزاي	:	/ z /
الدّال	:	/ d /	الخاء	:	/ x /
الذال	:	/ ð /	الغين	:	/ ɣ /
الضاد	:	/ ḍ /	الحاء	:	/ ħ /
الظاء	:	/ ð̣ /	العين	:	/ ʕ /
الكاف	:	/ k /	الهاء	:	/ h /
القاف	:	/ q /	الجيم	:	/ ʤ /
الميم	:	/ m /	اللام	:	/ L /
النون	:	/ n /	الراء	:	/ r /
الفاء	:	/ f /	الواو (وَ)	:	/ w /
الثاء	:	/ θ /	الياء (يَ)	:	/ j /
السين	:	/ S /	الهمزة	:	/ ʔ /

ثانياً - المستوى الفنولوجي (Phonologic level)

وهو المستوى الذي يدرس نماذج الأصوات وكيفية تناسقها، حيث إن كل لغة تختص بقبول تتابعات معينة للأصوات قد لا تقبلها لغات أخرى.ويجب أن ندرك أن التناسق لا يعني بأي حال بناء الكلمة. وحتى تتضح الفكرة سنعرض هذا المثال: اللغة العربية لا تقبل تتابع السواكِن (الحروف الساكنة) لهذا فمتكلم العربية يرفض ضمناً كلمة مثل (رْسْدْال) وكذلك فهو يرفض كلمة مثل (كلطجعم) وذلك لعدم تناسق الأصوات فيها. وهذا يعني وجود نظام معد أصلاً في الدماغ من خلاله يقبل الفرد التتابع الصوتي أو يرفضه، ولعلّ هذا المستوى يميز أبناء كل لغة عن غيرهم من أبناء اللغات الأخرى.

وقد يفهم البعض أن كل تناسق مقبول يمكن أن يشكل كلمة موجودة في اللغة، وهذا الافتراض يعتبر خاطئاً ، فقد يكون هناك تناسقات كثيرة تقبلها اللغة ولكنها غير موجودة ككلمات مستخدمة في اللغة.

عند مناقشة هذا المستوى فلابد من التعرض إلى الأصوات في اللغة من منظور آخر، فالأصوات هنا عبارة عن صور موجودة في الدماغ ويطلق على كل صورة (فونيم) أو صوتون كما عربه الدكتور سمير ستيتية في إحدى دراساته.

الفونيم (Phoneme) هو أصغر وحدة صوتية تؤثر على المعنى عند تغييره. ومن طرق إظهار دور الوحدة الصوتية في التأثير على المعنى تغيير

صوت بين زوج من الكلمات تتشابهان في الأصوات باستثناء صوت واحد وهو الصوت الذي سيوضع تحت التجربة لمعرفة كونه فونيماً أم لا.

مثال: قال، عند تغيير القاف إلى ميم مال يتغير معنى الكلمة جذرياً وهذا يعني أن القاف فونيم وكذلك الميم.

ولكن قد تتغير صورة الفونيم مع بقاء المعنى وخاصة في اللهجات العامية من مثل جلست (في اللغة الفصيحة) يلست (لهجة بعض دول الخليج وذلك بتحويل الجيم إلى ياء)، فالصورة الأخرى لا تعتبر فونيماً آخر، و إنما صورة أخرى للفونيم نفسه (Alophone). وهناك صور كثيرة للفونيمات في لهجات الدول العربية، ولعل هذا الموضوع يحتاج إلى دراسة خاصة لما لذلك من أثر في سهولة التواصل بين أبناء الأمة العربية. ويجدر بالذكر في هذا المقام أن اللهجات محكومة بقوانين أكثر صرامة من اللغة الفصيحة حيث تقل فيها الاستثناءات فمثلاً استخدام الصورة الأخرى للفونيم /ʤ/ في اللهجة الإماراتية / ل/ محكوم ببيئة صوتية معينة دون غيرها. فهناك بيئات صوتية لا تستخدم الصورة الأخرى للفونيم فيلفظ على صورته الأصلية.

وللوصول إلى شكل الكلمة النهائي المتناسق والمقبول هناك ثلاثة مراحل هي:

١ - جمع الأصوات.

٢ - اتحاد الأصوات فيما يسمى بالمقطع.

٣ - اتحاد المقاطع لنصل إلى مرحلة الكلمة.

أما الأصوات فقد تمت مناقشتها، فما هو المقطع؟ المقطع هو اتحاد صوتين أو أكثر في بعض الأحيان حيث يكون أحدهما علة والثاني ساكن وإن كان هناك ثالث فيكون ساكناً وإليك هذا المثال.

محمد : اسم يعتبر تناسق حروفه مقبولاً في اللغة حيث اجتمعت على شكل مقاطع وهي مُ / um / حَمْ/ ħam/ مَدْ/ mad/ ، وهذه المقاطع اجتمعت بشكل مقبول في اللغة فجاءت هذه الكلمة بهذا الشكل. ولو دققنا النظر في المقاطع السابقة لوجدنا أن كل مقطع يحوي صوت علّه (Vowel) إلى جانب صوت ساكن ويسمى صوت العلّة نواة المقطع ولا يمكن أن يعتبر مقطعاً إلا إذا حوى صوت علّة.

كيف يتكوّن النظام الفنولوجي؟

يولد الطفل ولديه استعداد لاكتساب اللغة، ولكن لا توجد قوالب لغوية جاهزة في دماغه، حيث يستمع الطفل إلى لغة الراشدين المحيطيين وتختزن في دماغه. وعند الوصول إلى القدرة على نطق الأصوات يبدأ بالتجريب، فإن لاقت تجاربه قبولاً لدى الآخرين يثبت الأنماط الناجحة ويسقط الأنماط الفاشلة. ويطلق على هذه الطريقة نموذج التعلم النشط (Passive learning Model)، وكما ظهر من التوضيح السابق فإنها تعتمد على التجريب، ومن هنا، فعلى

المهتمين بالأطفال تشجيع المحاولات الصحيحة ورفض المحاولات الخاطئة حتى لا تثبت وتتحول إلى مشكلة أو مشكلات لا تحمد عقباها.

ثالثاً - المستوى الصرفي (Morphology)

بعد أن عرفنا كيفية إنتاج الأصوات منفصلة من خلال دراسة المستوى الصوتي وكيفية تناسق الأصوات في مقاطع وصولاً إلي الكلمة في المستوى الفنولوجي نكون قد وصلنا إلى بناء الكلمة.

الصرف: هو الدراسة العلمية للبناء الداخلي للكلمات، والكلمة هي أصغر وحدة يمكن أن تعطي معنى بمفردها. حيث إن الكلمة قد تكون اسماً وقد تكون فعلاً، والاسم قد يكون صيغة تدل على اسم الفاعل أو اسم المفعول أو صيغة مبالغة، والفعل قد يكون ماضياً وقد يكون مضارعاً أو أمراً. وما إلى ذلك من التقسيمات.

وحتى تتخذ الكلمة دلالة النوع الذي تنتمي إليه، فلابد أن يكون لها بناء خاص وهذا البناء عبارة عن قالب نضع فيه الكلمات لتأخذ الشكل المطلوب. واللغة العربية لها قوالب لغوية ويطلق عليها الأوزان. وهناك ما يدعي المصدر وهو جذر الكلمة بالإضافة الى اعتبار الفعل الماضي جذراً أيضاً. هذا ويتم الاعتماد على الجذر في تحديد الإضافات التي غيرت دلالة الكلمة، ولكي نفهم البناء الداخلي والمقصود به علينا مناقشة هذا المفهوم.

ذهب : هو فعل ماضٍ، وقد اتفق على وضع وزن لكلمات العربية

مكون من حروف فَعَلَ حيث أُطلق على أوّل حرف في الفعل فاء الفعل، والحرف الثاني عين الفعل والحرف الثالث لام الفعل. وعلى هذا الأساس، فإن فاء الفعل ذهب هو الذال، وعينه هي الهاء، ولامه هي الباء. وبالتالي فإنَّ الوزن (فَعَلَ) هو البناء الداخلي لهذا الفعل ولكل فعل هو على هذا الوزن. وعندما نريد تغيير دلالة الكلمة فإننا نتلاعب ببنائها من الداخل.

ذهب : فعل ماضي، بإضافة ياء في بدايته تتحول الدلالة إلى الزمن الحاضر (يذهب)، ولكن يبقى فعلاً. وإذا أضفنا ألفاً بعد فائه ليصبح على وزن فاعل (ذاهب) نلاحظ تغيّر دلالة الكلمة من الفعل إلى الاسم. وهذا الاسم مفرد مذكر. ولو أضفنا تاءً مربوطة إلى آخره ليصبح (ذاهبة) لتحول من المذكر إلى المؤنث ولكنه بقي مفرداً، فماذا لو أضفنا واواً ونوناً أو ألفاً وتاءً إلى آخره لأصبح (ذاهبون) أو (ذاهبات)، وهذا يعني تغير الدلالة من المفرد إلى الجمع.

لذا، فأي تغيير في البنية الداخلية للكلمة يعني تغيراً في دلالتها، ويجب أن تتذكر دائما أن هناك أصلاً للكلمات تُحدّدْ على أساسه الإضافات. وكما لاحظنا فإن الإضافات قد تكون في بداية أصل الكلمة أو في منتصفها أو في آخرها. كما ونستطيع أيضاً أن نضيف على كلمات فيها زيادة أصلاً لإجراء تغيير آخر في دلالتها.

ولعّل معرفة أصل الكلمات يساعدنا في فهم لغة الطفل وتطورها،

حيث يبدأ الطفل بالشكل البسيط للكلمات، ومن ثم ينتقل لاستخدام الزيادات التي تضيف معاني جديدة لها. ومن خلال هذا العرض نلاحظ أن الصرف يركز على بناء الكلمة من الداخل وما تعطيه من الدلالات الآتية:

١ - الفعل وأزمانه.

٢ - الاسم وأشكاله.

٣ - العدد من حيث الإفراد والتثنية والجمع.

٤ - الجنس من حيث التذكير والتأنيث.

رابعاً - المستوى النحوي (Syntax)

أصبحت الآن الكلمة جاهزة من حيث بنائها الداخلي، وأصبح بمقدورنا تجميع كلمات مع بعضها البعض للوصول إلى بناء جديد وهو الجملة. فما الذي يضع قوانين الجملة؟ إنه النحو.

النحو : هو دراسة بناء الجملة الداخلي من حيث ترتيب الكلمات فيها، ودور كل كلمة في إعطاء المعنى العام، والجملة هي البناء الذي يحمل معنى تاماً. وحتى تعطي الجملة معنى تاماً فلابد لها من امتلاك مقومات الجملة.

الجملة: في اللغة العربية تتكون من ثلاثة عناصر رئيسة هي: الفعل والإسم والحرف. وباختلاف ترتيب هذه العناصر تختلف دلالة الجملة، علماً أن

هذه العناصر قد تجتمع في جملة وقد تكون ناقصة. وقبل البدء بشرح قوانين الجملة علينا أن نعرف مدلول كل عنصر من العناصر الثلاثة.

الفعل: هو كل كملة تدل على حدث مرتبط بزمن. وهناك ثلاثة أزمان للفعل وهي، الماضي، والمضارع، والأمر (المستقبل).

الاسم: هو كل كلمة لها معنى بذاتها وقد تحمل معنى الحدث، ولكن لا يمكن أن يرتبط بزمن الحدوث.

الحرف : ما لا معنى له بذاته، ولكنه يكتسب الأهمية من خلال وضعه في الجملة. وبترتيب عناصر الجملة نحصل على نَوعين من الجمل. وهما الجملة الفعلية، والجملة الإسمية. أما الجملة الفعلية فهي الجملة التي تبدأ بفعل أياً كان زمنه من مثل: درس علي درسه، وضع محمد الكتاب على الطاولة. وأما الجمل الاسمية فهي الجمل التي تبدأ باسم من مثل: زيد طالب نشيط، الطالب النشيط ينتبه إلى كلام معلمه.

عند دراسة الجملة الفعلية نجد أن لها مكونين رئيسين هما: الفعل والفاعل. ويحدد اكتفاء الجملة بهذين العنصرين حتى تعطي معنى تاماً نوع الفعل إن كان بحاجة إلى ما يكمل معناه أم لا. وعلى هذا الأساس فإن للفعل نوعين: وهما الفعل المتعدي والفعل اللازم. أما الفعل اللازم فهو الفعل الذي يكتفي بفاعله ليعطي معنى تاماً للجملة من مثل: نَامَ الولدُ، وقَفَ محمدُ، ضحك الرجلُ.

أما الفعل المتعدي، فهو الفعل الذي لا يكتفي بفاعله وإنما يحتاج إلى كلمة لإتمام المعنى وهي المفعول به. وهذا لا يعني أن الجملة العربية تتكون فقط من الفعل والفاعل والمفعول به، فقد تقتضي حاجة الجملة إلى زيادات أخرى وقد لا يمكن الاستغناء عنها في بعض الأحيان.

أما ترتيب الجملة الفعلية فيكون على النحو التالي:

الفعل + الفاعل + (زيادة يمكن وضعها أو حذفها حسب السياق)

الفعل + الفاعل + المفعول به +(زيادة يمكن حذفها أو وضعها حسب السياق)

ولكن قد يختلط الأمر في بعض الأحيان فنرى أن الفاعل قد تأخر عن المفعول به، فكيف لنا أن نحدد هذه العناصر؟. علينا أولاً أن ندرك هذه المفاهيم كالفاعل والمفعول به، ونتعرف الدور الذي تؤديه. هذا بالإضافة إلى أن العربية لغة تعتمد على الحركات (Inflections)، ومن خلال معرفة الحركة التي تناسب كل عنصر نستطيع تحديد هذه العناصر. حتى إن تعريف النحو في العربية عبارة عن دراسة حركات أواخر الكلمات وهو ما يطلق عليه الإعراب.

أما الجملة الاسمية فهي الجملة التي تبدأ بالإسم ولها عنصران رئيسان هما: المبتدأ والخبر حتى تعطي المعنى التام. هذا بالإضافة إلى الزوائد التي قد تحتاجها الجملة. وما ينطبق على الجملة الفعلية ينطبق على الجملة الإسمية من حيث الترتيب ومن حيث الحركات.

ويناقش النحو كذلك الأساليب المستخدمة في الجمل لاظهار الاستفهام.

والعرض و الطلب والنفي و النداء وغيرها من الأساليب. وللوصول إلى هذه الأساليب فلابد من استخدام ما يدعي بالأدوات وهي إما أن تكون حروفاً أو أسماء، فمثلاً الاستفهام له أشكال مختلفة منها:

أ - الأسئلة التي تحتمل الإجابة بنعم أو لا (Yes, No, Questions) كما يظهر في استخدام اسم الاستفهام (هل).

ب - الأسئلة التي تحتمل الإجابة الطويلة من مثل ما، ماذا، كيف، . . . الخ.

والنفي له أدواته الخاصة وتستخدم ضمن قواعد، فهناك أدوات تدخل على الأسماء ولا تدخل على الأفعال والعكس صحيح.

إن اكتساب الطفل لأبعاد النحو المختلفة من حيث الجملة التامة المعنى، والتنويع في الجمل، اسمية وفعليةُ، القدرة على استخدام أساليب النحو المختلفة إنما يؤهله لما يعرف بأخذ الأدوار في المحادثة. وقد يسأل البعض لماذا لا يعتبر النحو بجوانبه هو نفسه أخذ الأدوار في المحادثة؟ فتكون الإجابة أن المعرفة النحوية هي من المعارف المختزنة في الدماغ ولم تصل بعد إلى واقع الحياة.ويبدأ الطفل باكتساب المفاهيم أولاً قبل الاستخدام فهو يستمع ويختزن، ومن ثم يستخدم المادة المخزنة. ونلاحظ على الطفل من جانب التطور النحوي أنه يبدأ بالجمل الخالية من الحروف (الأدوات) ويكتفي بالكلمات ذات المحتوى ويهمل الكلمات التي تقتصر على الوظائف (Functional Words) حتى إن كلامه يوصف بالتلغراف. وكذلك

فهو يركز على استخدام الأسماء دون الأفعال وذلك لإن إدراكه للأسماء أسرع لخلوها من التعقيد. فإدراك الفعل يحتاج إلى إدراك الأزمان، واستخدام الفعل في الزمن المناسب. لذا، نرى أن جمل الطفل في بداية كلامه تتركز على الجمل الإسمية ومن ثم ينتقل إلى الجمل الفعلية.

لعل وظيفة الطلب من أهم الوظائف التي يحتاجها الطفل في بداية حياته فهو يريد أن يأكل ويلعب ويريد أمه و و و .... وحتى يحقق هذه المطالب، فلابد له من استخدام الطلب، فينمو هذا المفهوم لدى الطفل ويبدأ بالإشارة، وكذلك يعبر عنه بالبكاء، ومن ثم يبدأ باستخدام الألفاظ البسيطة التي توصله إلى مأربه باستخدام (بدي) أو أي لفظة مستخدمة في بيئته من مثل (هات)، (أبغي) وما إلى ذلك. وتتطور هذه الوظيفة لتدخل مرحلة الجملة المكتملة. ومع مرور الزمن تزداد حاجات الطفل فيريد كشف الأسرار، وهنا يحتاج إلى الاستفهام والنداء، فهو يريد جلب الانتباه، ويريد من يحقق رغباته، ويريد أن يعرف أين لعبته وأين أمه. وتتطور حاجته للمعرفة فيريد أن يعرف من أين جاء أو لماذا تحصل بعض الأمور. حتى إن مرحلة من مراحل حياته يطلق عليها مرحلة ماذا وكيف؟ وهكذا يتطور بناء الجملة الإستفهامية حتى يستطيع تحقيق رغباته ومطالبه.

أما وظيفة النفي، فتبدأ بالرفض ويستخدم الطفل الإشارة و البكاء للتعبير على الرفض، ويتطور المفهوم لينفي رغبته عن أمر ما ويقبل آخر. وهكذا، فإن اكتساب ونمو الجوانب النحوية يلعب دوراً أساسياً في بناء لغة الطفل حيث إنها تعطي الشكل العام للغته.

خامساً - مستوى المعاني (Semantics)

وبعد أن قمنا ببناء الجملة البناء النحوي، نكون قد حصلنا على هيكل جاهز للجملة وهو الذي يعطي الجملة الشكل النهائي لتصبح صالحة للاستعمال.

مستوي المعاني: هو دراسة معاني المفردات وما يربطها من علاقات، ومعاني الجمل وما يربطها من علاقات أيضاً.

❊ معاني المفردات والعلاقة بينها

عندما نقول معاني المفردات، فنحن نقصد ما تعود إليه الكلمة من دلالة. وهنا نتذكر اعتباطية العلاقة بين الشكل الصوتي للكلمة وما تعود إليه من معنى. فأصوات الكلمة لا تدل بشكل أوبآخر على المعنى المستشف من الكملة، فكيف تم تحديد معاني المفردات؟ وللإجابة عن هذا السؤال كان هناك عدد من المحاولات منها:

أ - **المرجع** (Referent): فكلمة باب تترك لدينا التصور بشيء له شكل خاص مربع أو مستطيل موجود في طرف من أطراف الغرفة أو البيت، ولكن تواجهنا مشكلة في كلمات لا تحتمل المرجعية المقصودة من مثل الأمانة ، الصدق والتنين. فما الحل؟

ب - **السمات المعنوية** : حيث تحمل الكلمة سمات معينة تجعلها وحدة متميزة عن غيرها، فتكتسب صورة خاصة. فمثلاً كلمة (رجل)، نستطيع أن

نحددها بمجموعة من الصفات، فهو إنسان ، ذكر، بالغ وراشد. فهذه الصفات تميز كلمة الرجل عن غيرها وتعطيها معنى خاصاً، وكلمة (ولد) تأخذ الصفات الآتية إنسان ، ذكر، غير بالغ، ولكن هناك كلمات لا يمكن تحديدها بسمات حتى تمتلك خصوصيته تميزها عن غيرهما.

وحتى لا نقع في حيرة فإن الأمر ليس ذا أهمية بالغة ولنتركه إلى متخصصيه. ولنصل إلى نقطة اتفاق وهي أن المعاني قد بنيت نتيجة للتراكم الثقافي والحضاري وأصبح بمقدور الطفل أن يكتسب دلالات المفردات من خلال البيئة التي يعيش فيها ليبني لنفسه قاموساً خاصاً يعتمد عليه في بناء الشكل المعنوي للغته. وحتى تأخذ المعاني شكلاً من الحدود وحتى لا تكون باهتة، تنشأ علاقات تربط المعاني تميزها عن بعضها. وبالتالي يمكن استرجاعها والاستفادة منها. ومن هذه العلاقات:

أ - الترادف (Synonymy) وتعني وجود كلمات لها نفس المعنى وإن كان البعض ينفي وجود كلمتين تحملان نفس المعنى، وتعليلهم في ذلك أنه إن كانت كلتا الكلمتين لها نفس المعنى فلابد من وجود كلمة منهما زائدة ولا ضرورة لإنشائها أصلاً. وحتى نكون أكثر دقة فالترادف يعني وجود كلمات لها معاني قريبة جداً من بعضها البعض. ومن الأمثلة على الترادف (عالٍ ، مرتفع) ، (إجازة ، عطلة).

ب - التضاد (Antonymy) ويعني وجود كلمات تتعاكس في معانيها كأن

تقول : مظلم : مضيء ذكر: أنثى ، طويل : قصير.

ج - تعدد المعاني (Polysemy) ويعني وجود كلمة لها أكثر من معنى من مثل الشفرة: وهي الجسم الحاد الذي نقطع به الأشياء. وقد نقصد به طرف الأشياء من مثل شفرة اللسان أي طرفه.

إن علاقة الكلمات بعضها ببعض تسهل على الطفل اكتساب المعاني واسترجاعها، فهي تكوّن لديه مجموعات (Categories)، ولها مفاتيح. فالكلمة ضمن العلاقة الواحدة تشكل مفتاحاً لكلمة أو كلمات أخرى. وهذا ينشيء ما يسمى بالمجموعات المعنوية، أو مجموعات المعنى (Semantic Categories) فمثلاً ألعاب الطفل تشكل لديه مجموعة تستجر الواحدة منها باقي المجموعة، وكذلك أدوات المطبخ تشكل مجموعة، وموجودات غرفة النوم تشكل مجموعة، وأغراض الدراسة تشكل مجموعة. فالطفل يكتسب هذه الأشياء على شكل مجموعات مبتدئاً بها على شكل مفردات. لذا، على المهتمين بالأطفال تعريضهم لاكتساب المعاني على شكل مجموعات تمشياً مع الشكل الطبيعي لاكتساب اللغة. وهذا يساعد في زيادة عدد المفردات وبالتالي سهولة بناء الجملة وعدم الوقوع في مشاكل أخرى من جراء نقص المفردات، لأن ذلك يؤدي إلى استخدام وسائل أخرى غير الكلمات للتعبير عن نفسه كالحركات أو التنهدات أو استخدام مقاطع من مثل آه. إم. وهذا يعني وجود مشاكل قد لا تزول إلا بالتدخل العلاجي، وكما أن هناك علاقات تربط المفردات بعضها بعضاً فهناك علاقات تربط الجمل أيضاً ومنها:

أ - إعادة الصياغة (Paraphrase) يعني إمكانية وجود جملتين لهما نفس المعنى، حيث تكون الجملة الثانية عبارة عن إعادة صياغة للجملة الأولى، وذلك بأن نتلاعب في التركيب أو البناء النحوي، علماً أن المعنى لا يكون متماثلاً ولكنه قريب جداً. فالتأخير والتقديم في التركيب النحوي له دلالات معنوية ليس المجال هنا للخوض فيها.

مثال: طارد الشرطي اللّص في الأمس. فلو أعدنا صياغة هذه الجملة على النحو الآتي: في الأمس طورد اللص من قبل الشرطي. فالجملة الثانية قريبة جداً من الأولى من حيث المعنى، ولكن تبقى الجملة الأولى هي المعبرة عن المعنى الذي يريده القائل.

ب - اعتماد جملة على أخرى (Entailment) هي علاقة تربط جملتين يكون صدق إحداهما يقتضي صدق الأخرى، كما يظهر في المثال الآتي.

السيارة حمراء، السيارة ليست صفراء، فصدق إحدى الجملتين يستلزم صدق الأخرى. وكذلك نرى هذه العلاقة من خلال هذا المثال: جرح الشرطي اللص، اللص مجروح، فصدق إحداهما يحتم صدق الأخرى. ومن الملاحظ في هذه العلاقة أن الجملة الثانية غالباً ما تكون نتيجة للجملة الأولى.

ج - التناقض (Contradiction) يعني أن صدق جملة يحتم خطأ الجملة الثانية، حيث إن الخبر الذي تنقله إحدى الجمل يعاكس ا الخبر

الآخر. وهذا المثال يوضح العلاقة.

محمد شاب أعزب، محمد شاب متزوج، فإما أن يكون محمد شاب أعزب أو متزوج. ولا يمكن أن يعيش الحالتين في نفس الوقت. فصدق جملة يعني خطأ الثانية حتماً.

إضافة إلى باقي مستويات اللغة فإن مستوى المعنى يضع حجر الأساس لما يسمى بالبنية العميقة للغة (Deep Stracture) فالطفل يبني لغته معتمداً على هذه البنية وذلك بمقارنة اللغة المستخدمة في البيئة المحيطة بما تكوّن لديه. وبالتالي، يمتلك القدرة على فهم ما يقال ولا يجد عبئاً في استيعاب هذا الكم الكبير من الكلمات والجمل. فهو يبني في دماغه بنية عميقة للغة يعالج من خلالها ما يقال، ويفرز من خلالها نتائج يبتكرها، وهي ما يطلق عليها البنية السطحية (Surface Sturctare) وهذا يعني بالضرورة إمكانية خلق بنيات جديدة من خلال البنية العميقة للغة مما يعطي اللغة صفة أخرى وهي الخلق أو التوالدية والانقسام (Generative). ولعل هذا يفسر لنا إمكانية تحجيم اللغة حتى نتمكن من دراستها على الرغم من اتساع حدودها ومفرداتها.

ويبقى لدينا المعرفة المجازية (Idiomatic Knowledge) وهنا يخرج المعنى عما وضع له أصلاً. وكثيراً ما يستخدم المجاز في الأدب كالشعر، فالشعر العربي يزخر بالمجاز، وإليك هذين البيتين من الشعر من قول إبن العميد:

قامت تظللني من الشمس نفس أحب إلـى من نفسي

قامت تظللني ومن عجب شمس تظللني من الشمس

فنلاحظ أن كلمة «شمس» في الشطر الثاني من البيت الثاني قد استخدمت على غير المعنى الحقيقي.

فما الذي يحدد هذه المعرفة وكيف نحدد المعنى الحقيقي والمعنى المجازي، هنا يأتي دور السياق ويتداخل مستوى المعنى مع مستوى الاستخدام الذي سنتكلم عنه لاحقاً. وكذلك فقد يظهر الاستخدام المجازي من خلال المقاصد غير المباشرة في كلامنا اليومي، فلو حصلت مشادة بين شخصين فقد يقول صاحب المكان للآخر: الباب مفتوح، وهنا لا يقصد إلقاء الخبر وإنما يقصد بهذه العبارة الطلب من الشخص الخروج ولكن بشكل غير مباشر. لذا، فإن فهم السياق، والحالة التي قيلت فيها العبارة كلها وسائل تزيد من معرفتنا المجازية وكذلك تساعد على إغناء المعنى وإثرائه.

سادساً - المستوى الاستخدامي (Pragmatics)

وبعد أن اكتملت الجملة في الدماغ وأصبحت جاهزة للاستخدام، فمتى نقول هذه الجملة أو تلك ومتى نستخدم هذا التعبير أو ذلك؟ متى نسأل ؟ متى ننفي؟ متى نلقي هذا الخبر؟ هل من المناسب طرح هذا الموضوع أم لا؟ فكيف نستخدم هذا الكم من اللغة؟ إجابات هذه الأسئلة وكثير من الأسئلة المشابهة يناقشها مستوى استخدام اللغة.

المستوى الاستخدامي أو البراجماتي نقلاً عن المصطلح الإنجليزي. هو مطابقة الكلام لمقتضى الحال، أو استخدام اللغة المناسبة في الموقف المناسب، وهنا يحكمنا أكثر من بعد:

١ – طبيعة الموقف : هل هو موقف محزن، مفرح، عادي، تعليمي . . . إلخ.

٢ – المكان : الصف، البيت، بين الجيران، المسجد . . . إلخ.

٣ – المشاركون : السن، الجنس، الرتبة.

٤ – الموضوع : دراسي ، سياسي، اجتماعي.

فالأبعاد السابقة هي التي تتحكم باختيار المفردات والجمل وعلو الصوت وانخفاضه، وأخذ الدور والمبادرة، طرح الأسئلة، شكل الموافقة، الرفض.

وحتى نناقش هذا المستوى علينا التوقف عند المحادثة (Conversation).

فللمحادثة شروط أو شعارات (Maxims of Conversation) وهي:

١ – النوعية (Quality) : فعليك أن تقول الصدق، وأن تقول ما تعتقد أنه صحيح.

٢ – الكمّية (Quantity) : فعليك أن تكون دقيقاً في الكلام، فلا تزد ولا تنقص، وكما قالت العرب: «خير الكلام ما قل ودل».

٣ – الارتباط بالموضوع (Relevance) وهذا يعني أن نجعل مساهمتنا في الموضوع مناسبة، دون الخروج عنه، حتى لا يحصل التشتت.

٤ - الأسلوب والطريقة (Manner) فعليك أن تكون واضحاً، بعيداً عن الغموض، مراعياً بذلك أبعاد المحادثة.

معظم حالات سوء التفاهم بين المتحادثين تنجم عن مخالفة إحدى هذه القواعد، لعل وأكثر هذه القواعد تأثيراً هو الأسلوب. فهو يشكل عامل جذب أو عامل تنفير.

وتحت هذا المستوى ينضوي التعامل مع المعاني المباشرة وغير المباشرة أو المعاني المجازية. ولعل أبعاد المحادثة تسهل علينا فهم ما يقال وكيفية التعامل معه.

إن المحادثة هي أهم الوسائل في التواصل ولا تعتمد على الكلام فقط وإنما هناك أكثر من وسيلة لإتمام المحادثة وإنجاز الغرض منها.

١ - التواصل اللغوي: وذلك باستخدام الكلام من خلال جهاز النطق.

٢ - التواصل غير الكلامي: باستخدام الإشارات، من مثل حركة الأيدي أثناء الكلام.

٣ - التنغيم، حدة الصوت، سرعة الكلام، علو الصوت وانخفاضه.

٤ - التواصل بالنظر (Eye Contact)، حيث نستدل من خلال النظر على مدى متابعة الشخص للموضوع ومدى فهمه لما يقال.

وبالتالي، فإننا عندما نقوم بعملية المحادثة فنحن نؤدي ثلاثة أنماط:

١ - القيام بالكلام (The Act of Articulation).

٢ - متابعة رد فعل المستمع (Perlocutionary). فهل تفاعل بالشكل المطلوب، وهل تابع الحديث؟ . . . إلخ.

٣ - تحديد القيمة الاجتماعية للقول (Illocutionary) من حيث طريقة تفسير الآخرين لما يقال. وكيفية تفسير ما يقال يعتمد كثيراً على التراث الثقافي والبعد الاجتماعي.

من خلال العرض السابق نلاحظ أن المستوى الاستخدامي هو نتاج لتراكم المستويات الخمس السابقة، وكما سبق فإن المستويات السابقة تكتسب اكتساباً بدون قصد، وإن كان يداخلها بعض التوجيه. غير أن المستوى الاستخدامي يعتبر متعلّماً مع قليل من الاكتساب؛ فنحن نعلّم أبناءنا كيف يتأدبون مع الكبار، ونطلب منهم عدم السؤال في مواقف، ونسمح لهم في مواقف أخرى. لذا، يقع على كاهل المهتمين بالأطفال إيصال مهارات استخدام اللغة بشكل صحيح حتى لا تتكوّن لدى الطفل عادات سيئة يصعب تغييرها.

لو استعرضنا مكونات اللغة (Language Components) أو مستوياتها، فسيكون بالإمكان تقسيمها إلى ثلاثة أقسام:

١ - الشكل (Form) وينضوي تحت هذا العنوان : الصوتيات، والفنولوجيا، والصرف، والنحو. فكل هذه المستويات تناقش وتدرس شكل الكلام إبتداءً من الصوت المنفرد وإنتهاءً بالجملة. كما شرحنا.

٢ - المحتوى (Content) : وينضوي تحت هذا العنوان: المعاني حيث يناقش

هذا المستوى ما يؤديه الشكل من دلالة، أي ما يحتويه البناء من معنى، ونعني بالمحتوى المضمون وما نريد ايصاله خلال الرسالة الكلاميّة.

٣ - الاستخدام (use) وينضوي تحت هذا العنوان : المستوى الاستخدامي أي كيفية توظيف المستويات السابقة في واقع ا لحياة المعاش.

بعد أن انتهينا من مناقشة مستويات اللغة الستة تكون قد وصلنا إلى ما يسمى بالكفاية اللغوية (Linguistic Competence) والكفاية التواصلية والأداء اللغوي (Communicative Competence or linguistic Performance).

أما الكفاية اللغوية : فهي امتلاك الشخص لمستويات اللغة الخمسة الأولى. ويكتسبها الفرد اكتساباً دون تعليم مباشر. وبالتالي، فهي تشكل الأفكار والاعتقادات المختزنة داخل الدماغ.

أما الكفاية التواصلية : فهي التعبير بالكلام المناسب في الوقت المناسب عما هو مختزن في الدماغ. ويكتسب الطفل الكفاية التواصلية بالتعليم المباشر من الآخرين.

مفاهيم وتعريفات:

يخلط كثير من الناس بين ثلاثة مصطلحات، حتى أن البعض يعتقد أنها تؤدي نفس المعنى ونفس الغرض. وهذه المصطلحات هي:

اللغة: وهي مجموعة الأفكار والمفاهيم والاعتقادات المختزنة في الدماغ.

الكلام: وسيلة لـلتعبير عن اللغـة المختزنة فـي الدماغ باستـخدام أعـضاء النطق.

التـواصل: استـخـدام الكلام المناسـب في الوقت والمـوقف المناسب ويطلق بعض المتخصصين مصطلح اللّغة ليـعبر عن المصطلحات الثلاثة السابقة وتعتبر مصطلحاً عاماً (Generic Term).

خصائص اللغة Properties of Language :

بعد أن عرّفنا اللغة (Language) كمصطلح عام (Generic Term) وتعرّفنا مكوناتها، نرى أنه يجدر بنا أن نوجز بعضاً من صفـاتها، والتي تشترك فيها كل لغات العالم.

١ – اللغة وسـيلة اجتمـاعية للتـواصل بين الناس، وذلك لإنشاء عـلاقات اجتـماعية، وتحـقيق غايات التـواصل، من طلب، واستفـهام، ورفض وغيرهـا من وظائف التواصل. وكذلك لتنظيم العـلاقات الاجتمـاعية وضبطها بقوانين وأعراف.

٢ – اللّغة ظاهرة مضـبوطة بقوانين : فكل لغة في العالم مضـبوطة بقوانين وقواعـد تحكم ترابطها وبناءها، وفيـها أصوات تنتظم حـسب قوانين، وتبنى بناءً خـاصـاً لتنشيء كلمـات. وترتب الكلمـات فيـهـا لتكوين الجمل، ومن ثم تستـخدم اللغة حسب قواعـد متعارف عليها لتـحقيق غاية التواصل.

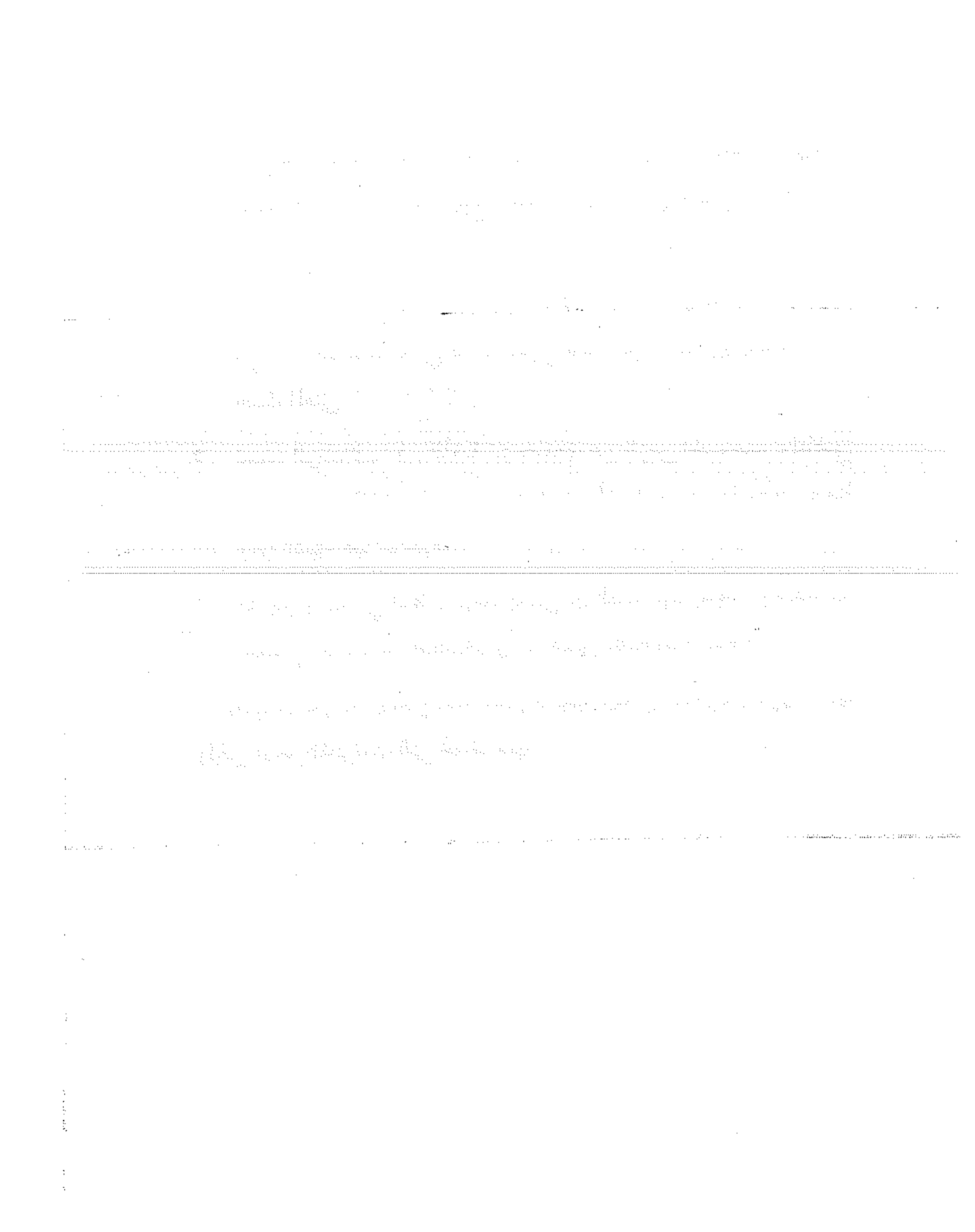
٣ - اللغة نظام توالدي يعتمد على الإبداع: فمصادر اللّغة محدودة، ولكن استخدام هذه المصادر ينتج عدداً لا نهائي من الجمل والتراكيب والمفردات.

٤ - الاعتباطية: ونعني بها عدم وجود علاقة مباشرة بين الكلمة من حيث هي أصوات منسقة في قالب صوتي يقبله ابن اللغة وبين مدلوها من حيث المعنى.

٥ - تعدد الوظائف: فباللّغة نتحدث عن الزمن الحاضر والماضي والمستقبل، وكذلك فنحن نتحدث عن أشياء موجودة ومحسوسة وعن أشياء غير موجودة.

٦ - الازدواجية في النظام، وهذا يعني أن اللّغة لها بناءان، إحداهما سطحي (Surface Structure) وآخر عميق (Deep Structure).

يجب أن نعرف أن لكل لغة خصوصيتها ويمكن التحرك والمرونة فيها ولكن ضمن المكونات التي تحدثنا عنها.



الفصل الثاني



مــراكــز اللغــة في الدمــاغ

Language Centers in The Brain

تمهيد

يتحكم الدماغ بكل أعضاء الجسم ووظائفه حيث تصدر خلاياه الأوامر وتصل إلى الأعضاء عن طريق الخلايا العصبية، فيستجيب العضو للأوامر. وترسل الأعضاء رسائل إلى الدماغ عن طريق خلايا عصبية متخصصة لتفسير ما تشعر به. وكما قلنا، فإن اللغة عبارة عن أفكار ومفاهيم واعتقادات موجودة في الدماغ حيث يتم بناؤها اعتماداً على الاستعداد الوراثي والبيئة المحيطة. وتترجم هذه اللغة عن طريق الكلام لكي تصبح مسموعة، وتتحكم بها أصول وقواعد المحادثة والتواصل لتصبح مقبولة في المجتمع.

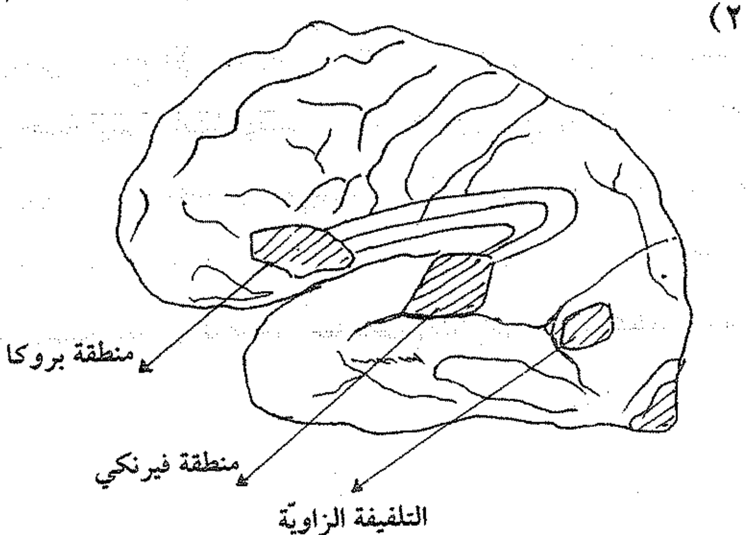
عندما نقول إن اللغة موجودة في الدماغ، فكيف نفسر هذا الوجود؟ فهل هي منتشرة في كل خلايا الدماغ؟ وإن كان لها مراكز محددة فأين هي؟

يتكوّن دماغ الإنسان من حوالي ١٠ بلايين خلية عصبية (Neurone). كل خلية فيها متصلة بعدد من الخلايا يتراوح بين ١٠٠٠ – ١٠٠٠٠ خلية عصبية، وكلها تتشارك في إنتاج دوائر كهربائية دقيقة ينتج عنها إمكانية وجود الاعتقادات والإدراك والتواصل؛ إلى جانب الوظائف الجسمية الأخرى كالتنفس والهضم وما إلى ذلك من هذه الوظائف.

يغلّف الدماغ قشرة رمادية اللون (Cortex) تتكون من ملايين الخلايا العصبية، تتركز فيها معظم القدرات الإدراكية (Cognitive Abilities) ومن ضمنها المهارات اللغوية. ويقسم دماغ الإنسان إلى قسمين متماثلين تقريباً

وهمـا: الفص الأيمن (Right Hemisphere) والفص الأيسـر (Left Hemi-sphere). ويتم التنسيق بين هذين القسمين عن طريق خلايا عصبية متخصصة كثيرة أهمها يسمى الجسم الجاسئ (Carpus Collosum). وقد كشفت الدراسات أن تحكّم قسمي الدماغ بوظائف جسم الإنسان يتم بشكل متعاكس، حيث يتحكم الفص الأيمن بوظائف الجزء الأيسر من الجسم، بينما يتحكم الفص الأيسر بوظائف الجزء الأيمن من الجسم. وتدعى هذه الظاهرة العلمية (Contralateralization).

كل نصف من نصفي الدماغ متخصص في وظائف معينة، ويتمم كل جزء الجزء الآخر. وقد كشفت الدراسات أن النصف الأيسر هو المتحكم بالمعالجة اللغوية حيث تتركز معظم مراكز اللغة فيه. (كما يظهر في الرسم التوضيحي ١-٢)



شكل (١-٢) النصف الأيسر من الدماغ

شواهد تدل على تحكم الجزء الأيسر في الدماغ باللغة:

١ - عن طريق الحالات المصابة في الدماغ، حيث لاحظ العلماء أن معظم الحالات التي أصيبت فيها الجهة اليسرى من الدماغ بأنهم مصابون باضطرابات في لغتهم.

٢ - إزالة جزء من الدماغ فقد لوحظ أن اللغة لدى هذه الحالات قد تأثرت بشكل واضح.

٣ - استخدام الحقن بالمخدر عن طريق الشريان المغذي للدماغ، مرة لكل جهة لمعرفة أثر المخدر على الوظائف المناطة بكل جزء.

وظائف الدماغ (The Functions of the Brain):

تحت هذا العنوان، سوف نتحدث عن الوظائف التي تتصل باللغة اتصالا مباشراً، وذلك لأن الدماغ كما أسلفنا يتحكم في كل وظائف الجسم.

أ- وظائف النصف الأيسر (The functions of the left hemisphere)

١ - معالجة اللغة (Language Processing)

٢ - الاستماع، الكلام، الكتابة، القراءة.

٣ - التعليل التحليلي (Analytic resoning)

٤ - التنظيم الزمني (Temporal ordering)

٥ - المعالجة الرياضية (Arithmatic processing)

ب – وظائف النصف الأيمن

١ – إدراك الأصوات غير اللغوية.

٢ – مهارات التقدير الفراغي البصري من مثل إدراك المساحة، والطول، والحجم.

٣ – التحليل الكلّي الشامل. بالمشاركة مع النصف الأيسر فهو يحلل المعاني غير التنغيمية المباشرة (Tone) من خلال التنغيم. فلو أصيب النصف الأيمن من دماغ الإنسان، فإنه يفقد القدرة على فهم المعنى الكلي ويقتصر فهمه على المعنى الحرفي للكلام.

٤ – إدارك الملمس من حيث النعومة،والخشونة، والشكل الخارجي.

مراكز اللغة في الدماغ (Language Centres):

تتوزع مراكز اللغة في الجزء الأيسر من الدماغ (Left hemisphere) ولا تنحصر في مكان واحد، وترتبط ببعضها البعض عن طريق خلايا عصبية متخصصة.

ا – منطقة بروكا (Broca's Area):

وقد سمّيت بهذا الاسم نسبة إلى مكتشفها بول بروكا (Paul Broca). ونجد هذا المركز في مقدمة النصف الأيسر من الدماغ. وهو المركز المسؤول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذه الوظيفة علاقة بقرب هذا المركز من منطقة

التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان والحنجرة في القشرة الدماغية (Cortex). وكذلك فهو المسؤول عن استخدام علامات الجمع وشكل الأفعال، بالإضافة إلى انتقاء الكلمات الوظيفية (Functional Words) من مثل حروف العطف والجر. وبالتالي، فإن هذه المنطقة تلعب دوراً جوهرياً في تشكيل وبناء الكلمات والجمل.

٢ - منطقة فيرنكي (Wernike's Area):

وقد سميت بهذا الإسم نسبة إلى مكتشفها كارل فيرنكي (Carl Wernike) وتقع بالقرب من منطقة السمع الرئيسية في القشرة الدماغية، حيث إن هذا المركز هو المسؤول عن استقبال المدخلات السمعية ويلعب دوراً رئيسياً في إعداد المعاني. ويدخل في تفسير المفردات واختيارها بهدف إنتاج الجمل، ويربط بينها وبين منطقة بروكا (Broca's Area) حزمة من الألياف العصبية تعرف بحزمة الألياف المقوسة (Arcuate Fasciculus).

٣ - التلفيفة الزاوّية (Angular Gyrus):

وتقع هذه المنطقة خلف منطقة فيرنكي (Wernike's Area). كما يظهر في الرسم التوضيحي (١-٢) وهو المركز المسؤول عن تحويل المثير البصري (Visual Stimulus) إلى شكل سمعي والعكس. حيث يلعب هذا المركز دوراً جوهرياً في التوصيل بين الشكل المحكي للكلمة وصورتها

المدركة، وكذلك تسمية الأشياء واستيعاب الشكل المكتوب للّغة، وكل ما يحتاج إلى الربط بين المثيرات البصرية ومناطق الكلام.

ميكانيكية إنتاج واستيعاب الكلام في الدماغ

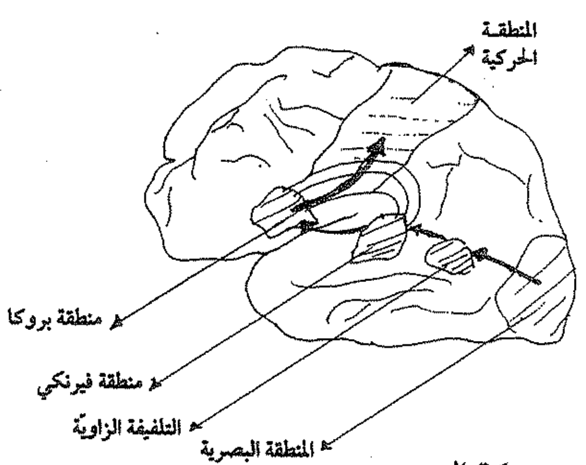
١ - إنتاج الكلام (Speech Production):

عندما نريد إنتاج كلمة، فإن الكلمة تؤخذ من منطقة فيرنكي، وترسل عبر حزمة الألياف المقوسة (Arcuate Fasciculus) إلى منطقة بروكا التي تحدد شكل هذه الكلمة، ومن ثم يرسل الأمر المناسب إلى المنطقة المسؤولة عن الحركة للتحكم بشكل الجهاز الصوتي وأعضاء النطق.

وعندما نريد أن نقرأ كلمة مكتوبة، فالمعلومة تؤخذ من المنطقة البصرية الرئيسة وتنقل إلي التلفيفة الزاويّة (Angular Cyrus) التي تربط بين الشكل البصري والشكل السمعي للكلمة المخزنة في منطقة فيرنكي. ومن ثم تبث الكلمة من خلال حزمة الألياف المقوسة (Arcuate Fasciculus) إلى منطقة بروكا الشكل الصوتي فتختزن فيها. أما الأوامر الخاصة بأخذ الأعضاء الصوتية شكلها فترسل من المنطقة المسؤولة عن الحركة في القشرة الدماغية وفي النهاية يتم إنتاج الكلمة المطلوبة. شكل (٢-٢).

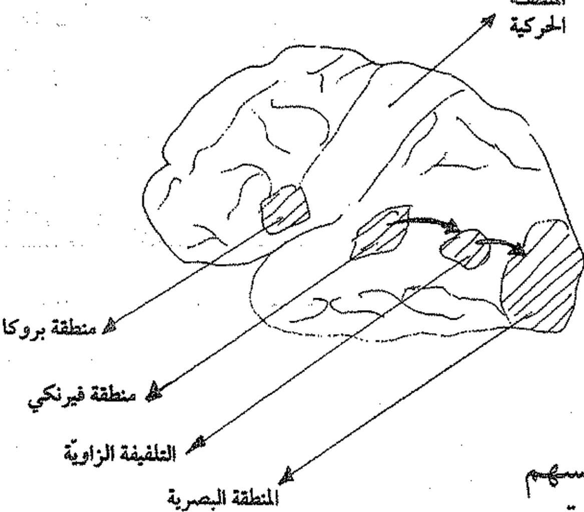
٢ - استيعاب الكلام (Speech Perception):

عندما نحاول فهم كلمة محكيّة، يُبَث المثير من المنطقة السمعية في القشرة الدماغية إلى منطقة فيرنكي، حيث المركز المسؤول عن تفسير



شكل (٢-٢) تبين حركة السهم
عملية إنتاج كلمة مقروءة

الكلمات. وفي حالة ارتباط الشيء المدرك بتصور معين، فإن رسالة ترسل إلى المنطقة الزاويه (Angular Gyrus) حيث يحوَّل التصور إلى مثير بصري، مثيرة بذلك النمط المناسب في المنطقة البصريّة كما يظهر في الشكل (٣-٢).



شكل (٣-٢) تبين حركة السهم
عملية فهم كلمة مسموعة

وهكذا، نرى أن المعرفة اللغوية لا تنحصر في جزء معين من أجزاء الدماغ، وإن استخدام اللغة من كلام واستماع، وكتابة وقراءة يحتاج إلى تنسيق بين مراكز اللغة. وإذا حصل عطب أو خلل أو قصور في أحد هذه المراكز، فإن اللغّة تصاب باضطراب.

نظريات الفترة الحرجة (The critical period hypothesis):

إن الدماغ الإنساني لا يكون متطوراً بشكل تام عند الولادة، فهو ينضج بشكل تدريجي على مدى عدة سنوات بعد الولادة. وهنالك اعتقاد بأن اللغّة والمهارات المعرفيّة الأخرى يجب أن تكتسب قبل اكتمال مرحلة النضج، وقد كشفت بعض الدراسات أن اكتساب اللغّة يحدث خلال فترة حرجة تمتد من سنتين إلى سن البلوغ، أي ما يقارب ١٢ سنة. ويرتبط انتهاء الفترة الحرجة مع اكتمال قدرة كل جانب من جانبي الدماغ من القيام بالوظائف المناطة به. قبل ذلك الوقت فإن نصفي الدماغ يشتركان إلى حد ما في القيام بوظائف اللغّة، ويستطيع جانب واحد تولي وظائف الجانب الآخر في حالة تلف أحدهما حيث يتميز الدماغ في هذه الفترة بالمرونة التي تعطية القدرة على أن يعوّض جانب عن جانب آخر عند فقدانه أو إصابته بعطب.

أدلّة داعمة (Supporting evidence):

١ - يُعتقد أن الأطفال الذين يصابون بتلف في الجانب الأيسر من دماغهم

قبل سن البلوغ، يمكنهم نقل مراكز اللغّة إلى الجانب الأيمن وإعادة اكتساب المهارات اللغوية بأقل جهد ممكن بعكس الذين يصابون بتلف في دماغهم بعد سن البلوغ.

٢ - من المعروف أن الأطفال يعتبرون متعلمين ممتازين للغّة الثانية بعكس آبائهم الذين يعانون بشكل ملحوظ في تعلم لغة أخرى لسنوات بدون إتقانها بشكل كامل. وقد فُسّر ذلك كدليل داعم للرأي القائل إن هناك فترة حرجة لاكتساب اللّغة في فترة ما قبل المراهقة، وأن اكتساب اللّغة لا يكون ناجحاً بشكل كامل بعد انتهاء هذه الفترة.

دليل مضاد (Counter - evidence):

كشفت دراسة حديثة بأن هناك شكاً في مدى مرونة الدماغ عند الأطفال الصغار في الوقت الذي يستطيع جانب واحد من جانبي الدماغ تولي المهام والوظائف المناطة بالجانب الآخر عند إصابته بتلف. فدرجة المرونة الدماغية تم إعادة النظر فيها في دراسة لاكتساب اللغة عند الأطفال الذين مروا بعملية إزالة أحد جانبي الدماغ قبل سن الخمسة أشهر. ووجد أن إزالة الفص الأيسر من الدماغ لها عواقب خطيرة في تطور اللّغة، بغض النظر عن سن الطفل حتى في الحالات التي تكون فيها الوظيفة اللّغوية قد انتقلت إلى الفص الأيمن، فإن اكتساب اللّغة يكون أقل من المستوى العادي في حالة استخدام الفص الأيسر.

ملاحظات عامّة عن الدماغ (General Observations):

١ - إن الدماغ هو العضو المسؤول عن المعالجة اللغوية (Language Pro-cessing) بشكل عام. كما أنه هو المسؤول عن باقي وظائف الجسم. وبالتالي، فإن أي إصابة في الدماغ قد تسبب اضطراباً في لغة الإنسان.

٢ - تتم معالجة اللّغة لدى معظم الناس في الفص الأيسر من الدماغ (Left hemisphere) علماً أن كل جهة في الدماغ مسؤولة عن وظيفة معينة، وكل جزء من كل جهة مسؤول عن وظيفة خاصة.

٣ - من المرجح عند إصابة الجزء الأمامي من الدماغ تأثر إنتاج الكلام. وعند إصابة الجزء الخلفي منه، فمن المرجح تأثر الاستيعاب.

٤ - إصابة الدماغ بأي عطب لا تؤثر فقط على اللّغة ولكن تؤثر على وظائف الجسم الأخرى.

٥ - إن أي إصابة في الجزء السفلي من الدماغ (Brain Stem) قد تسبب اضطرابات في الكلام.

٦ - أهم أسباب إحداث الأضرار (Lesions) للدماغ:

أ - الحوادث المختلفة.

ب - الجلطة على الدماغ.

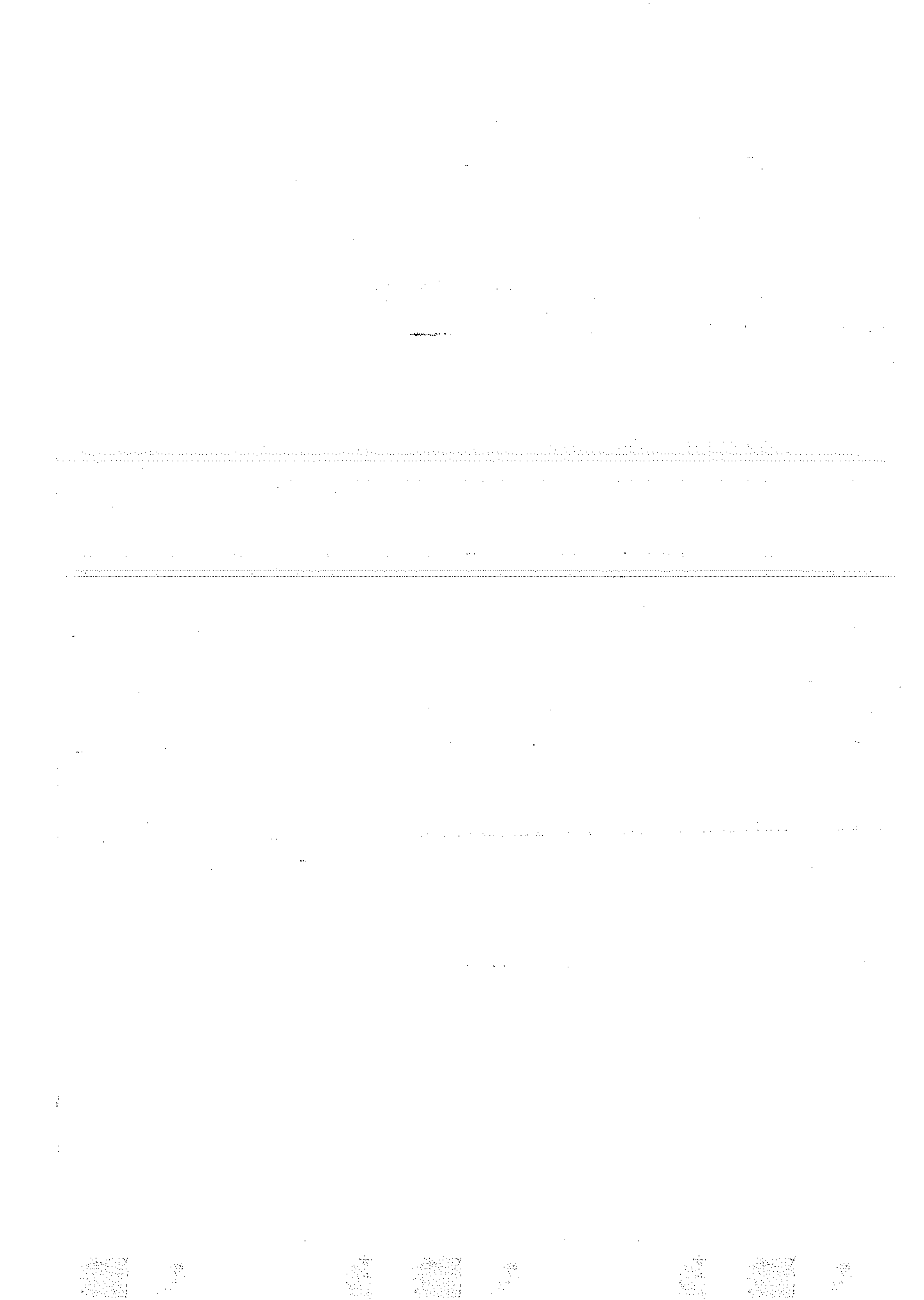
ج - ارتفاع درجات الحرارة.

د – الأورام.

هـ – الحالة النفسية المتردية.

و – جراحة الرأس والنزيف.

ز – الرضوض.



الفصل الثالث



تطوُّر اللُّغة عند الأطفال

Child Language Development

اعتبارات عامّة في تطور اللغة عند الأطفال:

١ - كل طفل يتعلم ويكتسب اللّغة المحكية في بيئته، وبالتالي فإن اللّغة مكتسبة وليست وراثية، فحيثما ولد الطفل فإنه يكتسب اللّغة التي يتكلمها أبناء البيئة التي يعيش فيها، فلو ولد طفل من أصل عربي في بلد لا تتكلم العربية، فسوف يكتسب الطفل لغة البلد التي ولد فيها دون تأثير لأصله العربي، فليس هناك قوالب لغويّة موروثة تتحكم في لغة الإنسان.

٢ - حتى يكتسب الطفل اللّغة فلابد من توافر شروط، ولا يتم اكتساب اللّغة إلا بوجودها وهذه الشروط هي:

أ - اللياقة الصحّية: فيجب أن يكون الطفل صحيح الجسم ونخص باللياقة جهاز النطق والأجهزة التي لها اتصال مباشر بهذا الجهاز من مثل جهاز السمع والجهاز العصبي. وبدون سلامة هذه الأجهزة فمن المتوقع وجود اضطرابات في اللّغة والكلام بدرجات متفاوتة.

ب - وجود مدخلات والمقصود بالمدخلات هو ما تقدمه البيئة من مثيرات تقوم على بناء قدرات الطفل اللّغوية، فإذا لم تكن هناك لغة محكية على مسامع الطفل فلن يبني لغته، حتى ولو كان الطفل سليماً، لأنه وكما أسلفنا فإنّ اللّغة ليست وراثية ولا يمكن بناؤها عند الطفل إلا بوجود لغة يسمعها ويقلدها أولاً ويبتكرها لا حقاً قياساً علي ما كان قد كونه من أبنية لأن اللّغة كما قلنا: نظام توالدي ابتكاري (Genertive System)

قد يتبادر إلى البعض التساؤل الآتي: إن لم تكن اللّغة وراثية فلماذا تعتبر من خصائص الإنسان دون الكائنات الأخرى؟ فالحيوانات مثلاً تتعرض للّغة وخاصة الأليفة منها. وللإجابة على التساؤل نقول: إن الإنسان يولد ولديه ما يسمى بالاستعداد الوراثي للغة، وهذا الاستعداد غير موجود عند غيره من الكائنات الحيّة.

٣ - يكوّن الأطفال نظاماً لغوياً بدون تدريب، فهو يشتق النظام اللغوي ويخزنه في دماغه دون تمرين وتدريب، حيث يستمع ويخزن دون أن يدرك أنه يخزن ويكتسب المهارات بكل تعقيداتها. وهنا يجدر بنا أن نعرف أن بناء المفاهيم يسبق استخدامها. لذا نلاحظ أن الأطفال يمّرون بمرحلة صمت لغوي ولا نقول صمتاً تاماً. خلال هذه الفترة يكتسب الطفل بعضاً من مهارات اللّغة، ومن ثم يحاول تجريبها على أرض الواقع. وهنا يثّبت الطفل ما يلاقي استحساناً ويسقط الأنماط التي تُرفض من المحيطين.

لعلّ كلام الأم من أهم المثيرات اللغوية، حيث يتميز بأسلوب يواكب تطور الطفل، وتمارس الأم دورها دون تدريب. ونظراً لدخول المرأة العربية جو العمل خارج البيت بحيث أصبح من الممكن أن يتولى مهمتها أشخاص آخرين، صار من الضروري أن تنقل الخبرة الفطرية إلي حد ما من عند الأم الحقيقية إلى من يتولى دورها، حيث إن كلام الأمّ يتميز بالسهولة والبساطة ويجاري رغبات الطفل، فتحدثه عن

حاجاته بصوت واضح مع إظهار الأصوات خاصة الصوت الذي يمكن رؤيته من خلال حركة الشفتين من فتح وضم ومد. وكذلك وفي فترة متقدمة تبدأ الأم بمعاملة طفلها وكأنه ملم باللغة، فتسرد عليه القصص مع شيء من التمثيل وكل ذلك توصله من خلال قسط كبير من الحب والحنان. وهكذا، تسير مع تطوره الطبيعي ويسمى هذا الكلام بالكلام الأمومي (Maternal Speech) وكثيراً ما تصاب لغة الطفل باضطراب نتيجة لعدم إعطاء هذه الفترة أهميتها.

٤ - يتعرّض الطفل بشكل مباشر للبنية السطحية للغة (Surface Structure). ويبنى لنفسه البنية العميقة (Deep Structure) والتي تمكنه من ابتكار كلمات وأبنية وجمل لم يسمعها من قبل. وعلى سبيل المثال فالطفل يستمع إلى المحيطين عندما يقولون إن والده في العمل. فهذا بناء سطحي، ومع تكرار هذا البناء يعرف أن وجود والده في العمل يعني أنه ذهب إلى العمل. وبالتالي، فإن إدراك الطفل أن والده قد ذهب إلى العمل قبل وصوله إليه فهذا يعني أنه كوّن لديه بنية عميقة.

٥ - يكتسب الطفل لغته في وقت قصير. فبعد ٣ - ٤ سنوات يكون الطفل قد اكتسب لغة الأم، وبدأ بالتواصل، ولكن تستمر اللّغة بالنمو عبر الزمن.

مراحل إكتساب اللّغة عند الأطفال:

عند مناقشة تطور اللّغة علينا أن نقف على بعض الجوانب والقضايا منها:

١ - متى يظهر التطور في جوانب اللّغة؟ فالطفل يبدأ باكتساب اللّغة من اليوم الأول الذي يولد فيه، ويبدأ بالتطور من جميع الجوانب من مثل التطور العقلي (Mentally)، والجسمي (Physically)، والاجتماعي (Socially) والنفسي (Psychologically) إلى جانب تطور اللّغة. وعندما نناقش ظاهرة معينة من جانب معين، فعلينا أن نحدد وقت ظهورها. فمتى يستخدم الطفل صيغة السؤال؟ ومتى تظهر وظيفة النفي؟ ومتى ينطق الصوت الأوّل؟.

٢ - ما سبب ظهور تطور قبل آخر، فلماذا يبدأ الطفل بنطق الأصوات الشفوية أولاً. وهل يكتسب الأسماء أولاً أم الأفعال ولماذا؟.

٣ - هل هناك علاقة بين التطورات السابقة والتطورات اللاحقة؟ وهل تشكل التطورات المبكرة حجر الأساس للتطورات اللاحقة بها فمثلاً ما مدى ارتباط مرحلة الكلمة جملة بمرحلة الكلمتين جملة؟ وما دور اكتساب مفهوم الطلب بزيادة المفردات عند الطفل؟.

٤ - قضية الاستمرار في التطور دون توقف. فعند دراسة تطور اللّغة عند الطفل علينا الرجوع إلى التاريخ اللّغوي له، ومعرفة نقاط الانقطاع، والتوقف وتحديد السبب لهذا الانقطاع.

٥ – هناك تشـــابه أو تماثل إلى درجـة كـــبيـرة في السلّـم التطوري لدى الأطفال في جميـع لغات العالم من حيث اكتساب الـلّغة. فالأطفال يكتســبون الأصوات الشفـوية قبل الأصوات الخلفيـة. وكل الأطفال يبدأون بتعلم واكتـساب الأشياء المحيطة ويكتســبون الطلب في فترة مبكرة لتلبية حـاجاتهم ورغباتهم، وكذلك يكتسبون الرفض لـلتعبير عن انزعاجـهم وما إلى ذلك من مـفاهيم مرتبطة بتـطور اللّغة. وهذا المبدأ يتـوافق وما عـرضنا في تعريف اللغة، فـاللّغة واحـدة من حيث المفـهـوم. وتؤدي نـفس الغـرض لدى كل الناس مـهـمـا اخـتلفت أجناسهم وألسنتهم، ولكن تـبرز هنا قضية وهي أن بعض التعـبيرات مقبـولة في مجتمع وغـير مقبولة في آخـر، أو أن طريقة طرح الأفكار من حيث علو الصـوت واستخـدام مفردات دون أخـرى تختلف من مجتمع لآخر. وفي مناقشة هذه القـضية يجب أن تتذكر أن استخدام اللّغـة ينتـمي إلى ما أســميناه الكفايـة التواصليـة (Communicative Competence). وقلنا إن هذه الكفاية يتعلمهـا الطفل بشكل مقصود من البيئة المحـيطة، حيث يوجه الكبار الصغار إلـى المقبول والمرفوض بهدف تعليمهم ما يـتوافق والمجتمعات التي يعيشون فـيها. لهذا، فإن كثيـراً من جوانب الكفاية التواصلـية تتبع قيم وأعراف المجـتمع التي يتم تداول اللّغة فيها.

٦ – هناك فروقات فرديّة في مراحل تطور اللّغة بين الأطفال، فعلى الرغم

من أن المراحل متشابهة إلي حد كبير، إلا أن سرعة المرور في كل مرحلة تختلف من طفل لآخر تبعاً لجوانب النمو الأخرى وكذلك لظروف البيئة التي يعيش فيها كل طفل.

سمات تميّز تطوّر اللّغة على مرّ الزمن:

١ - مدى توسع التفوه (Utterance) لدى الطفل. ونقصد بالتفوه كل وحدة ينطقها الطفل وتؤدي معنى أو وظيفة، حيث يبدأ التطور لدى الطفل من الصوت إلى المقطع، ومن ثم إلى مرحلة الكلمة جملة وبعدها إلى الكلمتين جملة، وهكذا وصولاً إلى الجملة التامة. ونستفيد من هذه النقطة في تحديد إذا ما كان الطفل متأخراً أم لا بمقارنته بالوضع الطبيعي الذي يجب أن يكون الطفل قد وصل إليه. وحتى نحسب متوسط طول التفوه فعلينا جمع عدد مقبول من تفوهات الطفل. فعلى سبيل المثال، فإن جمعنا٧٠ تفوها يتم جمع المورفيمات (Morphemes) فيها ونقسمه على عدد التفوهات التي تم جمعها ويكون القانون لهذه العملية بالشكل الآتي:

$$\text{متوسط طول التفوه} = \frac{\text{عدد المورفيمات في عينة التفوهات المجموعة}}{\text{عدد التفوهات المجموعة}}$$

٢ - التغير المستمر في شكل وحدات التفوه اللغوي المستخدمة حيث إنها تتوسع تدريجياً وتتغير تبعاً للمرحلة التي يمر فيها الطفل. فهو يبدأ

باستخدام الأسماء ومن ثم الأفعال، وبعدها الحروف من مثل حروف العطف والجر. حتى نوعية الكلمات المستخدمة تختلف باختلاف السن، فإن الطفل في مرحلة متقدمة يعبر عما يريده بكلمة (one word Stage)، ويركز في هذه المرحلة على كلمات المحتوى (Content Words) حتى توصل المعنى فلا يمكن أن يعتمد على الكلمات الوظيفية (Functional Words). وغالباً ما تستخدم الأسماء في هذه المرحلة لأنها أقل تعقيداً من الأفعال. وفي مرحلة لاحقة يعبر الطفل عما يريد بكلمتين (Two word Stage) فيراوح بين الأسماء والأفعال في الاستخدام، ولكنه لا يستخدم الكلمات الوظيفية. لذا يطلق على هذا الكلام في هذه المرحلة الكلام التلغرافي (Telegraphic Speech) وذلك لأنه يوصل المعنى بأقل عدد ممكن من الكلمات.

٣ - ربط الجمل بعضها ببعض يأتي فيما بعد، حيث يبدأ الطفل باستخدام حروف العطف والجر وغيرها من أدوات الربط، يبدأ الطفل بإسقاط الأنماط غير المرغوبة في كلامه ويثّبت المرغوبة منها.

٤ - هناك تحوّل تدريجي في كلام الطفل حيث يبدأ بالحديث عن الأشياء المحسوسة (Concrete) في بيئته، من مثل الحديث عن أغراضه وأشيائه الخاصة وعن إخوانه وأخواته، ومن ثم ينتقل إلي الحديث عن الأشياء المجردة (Abstract) كالحديث عن الخوف، والحب، والصدق، وهذا تطور منطقي فبيئة الطفل تتوسع.

فبعـد أن يقضي أكثر من ثلاثة أرباع يومه نائمـاً تقل ساعات النوم وتزيد ساعـات اليقظة، وبعد أن تكون بيـئة الطفل محـصورة بسريره لعـدم قدرته على الحـركة يصـبح بإمكانه الوصـول إلى باقي حـجرات البـيت، ومن ثم الخروج من المنزل وو . . . مما يزيد من المثيرات المتـوفرة والمدخلات اللغوية وبالتالي زيادة مفرداته والتأثير في نوعيتها أيضاً.

مراحل التطور النطقي عند الطفل Stages of vocal Development :

البعض يتـساءل متـى يبدأ الطفل بالتواصل سـواء أكان التـواصل لفظياً (verbally) أو غير لفظي (non-verbally). وخلاصة القول، فإن الطفل يبدأ تواصله مع الآخرين منذ مولده، ثم يبـدأ في اكتـساب المعلومـات اللازمة لممارسة اللّغة تدريجياً. مما يسـاعده على ضبط عمليـة التواصل وتطويرها قـبل قـدرته على الكلام. ويرى مـيـرفي (Murphy) ضـرورة التـفـريق بين عمليتين مـختلفتين تقومان وراء اكـتساب الطفل للغة الأولى وهمـا عملية فهم لغة الغير من الراشدين، والثانيـة هي استخدام هذه اللّغة. ويتفق معظم الباحـثين على أن العـملية الأولى تسـبق الثانيـة ويبدأ اكـتساب اللّـغة لدى الطفل بالأصوات المنفردة، ثـم تبدأ هذه الأصوات بالتمايز لتـصبح كلمات لها معنى، ثم تركب هذه الكلمات لتصبح جملاً ذات معنى.

سنقسم مراحل التطور اللغوي إلى مرحلتين:

١ – التطور ما قبل اللغوي Pre-Linguistic Development.

٢ – التطور اللغوي Linguistic Development.

التطور ما قبل اللغوي (Pre-Linguistic Development):

في هذه المرحلة يتواصل الطفل دون استخدام الكلام، فالطفل يبدأ باكتساب عدد من المفاهيم (Concepts) تعتبر ضرورية للتواصل الكلامي في المستقبل. ففي هذه المرحلة يقوم الطفل بتخزين القواعد والقوانين في دماغه ويتعلم ويكتسب بعض المفاهيم الأساسية التي لن يقوى بدونها على بناء قدراته التواصلية في المستقبل. فمثلاً، مفهوم الصدق موجود في ثقافتنا، فقبل أن يتحدث لابد أن يحيط به وببعض الكفايات التي تساعده في معرفة هذا المفهوم ومن ثم يقوم باستخدامه.

أهم المفاهيم التي يكتسبها الطفل في هذه المرحلة :

أ – إدراك الذات والآخرين Perception of himself and of others :

يبدأ الطفل بإدراك ذاته، ويهتم بالأشياء التي تخصه وتحقق ذاته من مثل ألعابه، وطعامه، ولباسه فهو حسب تحليل سيجموند فرويد في مرحلة "الأنا" فكل العالم يتمركز حول ذاته. لذا، نرى الطفل يحاول جلب الانتباه له ويحاول السيطرة على كل ما يحيط به ويرفض أن تؤخذ أشياؤه وأغراضه ويدافع عنها بكل الطرق التي يمتلكها. ومن المنطقي أن يمر الطفل بمرحلة إدراك ذاته قبل إدراك الآخرين، فكيف له أن يدرك ذوات الأخرين قبل إدراك ذاته، ففاقد الشيء لا يعطيه. فمن

خلال إدراك ذاته يدرك وجود الآخرين ويبدأ بالاعتراف بحقوقهم، فهذا الشيء له وهذا الشيء لغيره، حيث يبدأ الطفل بإدراك المحيطين كأمه وأبيه وإخوانه وأخواته ويهتم بأشيائهم وحاجاتهم. ويدرك الطفل هذه الأمور من خلال وجودها وإحساسه بها، ومن ثم ينتقل الطفل إلى إدراك المجردات من الأشياء. وهذا شيء منطقي فالمحسوس (Concrete) يسهل الوصول اليه بعكس المجرد الذي يحتاج إلى مهارات أعقد للوصول إليه.

ب-مفهوم الحدث (Action) والفاعل (Agent) والمفعول به (Object)

فالطفل يريد من أمه أن تحضر له لعبته البعيدة، فهو يدرك أن إحضار اللعبة يحتاج إلى حركات معينة وهي الفعل. وبالتالي، فهو يدرك أن هذا الفعل يحتاج إلى من ينجزه ويحققه فيطلب من أحد إحضار اللعبة وهو الفاعل. واللعبة بحد ذاتها هي الهدف المراد إحضاره عن طريق الفاعل أي أن اللعبة هي المفعول به. وبالطبع ، فإن إدراك هذه المفاهيم لا يولد من فراغ فهويرى ويسمع ويخزن ويحاول أن يترجم ويستخدم ما قام بتخزينه. وإدراك المفاهيم كما أوضحنا مهم جداً في إنشاء اللّغة المسموعة أو الكلام. فعندما يصل الطفل بعد مروره بمراحل التطور المطلوبة إلى مرحلة إنتاج الجملة يجب أن تكون هذه المفاهيم قد تركزت في دماغه وإلا سيقف صامتاً وعاجزاً عن التعبير. فكما قلنا إن البناء السطحي للّغة (Surface Structure) يعتمد على بناء آخر داخلي وهو البناء العميق (Deep Structure).

إن إدراك هذه المفاهيم يلعب دوراً جوهرياً في بناء الجملة بجميع جوانبها من اختيار الأصوات المناسبة للكلمات المطلوبة ذات المعنى المناسب والترتيب النحوي الصحيح والاستخدام المناسب في واقع الحياة المعاش.

بناءً على دراسات ستارك (Stark) نستطيع أن نقسم مرحلة ما قبل اللّغة إلى عدة مراحل وهي:

المرحلة الأولى (First Stage)

الأصوات الانعكاسية (Reflexive Sounds):

وتمتد هذه المرحلة من يوم الولادة إلي عمر ثمانية أسابيع. وتتميز هذه المرحلة بعدة ميزات منها:

١ - **الأصوات الانعكاسية**: حيث يصدرها الطفل كرد فعل للأجسام المتحركة أمام عينيه، فيعبر الطفل بهذه الأصوات عن شعوره وإدراكه بوجود هذه الأشياء، فمثلاً حركة اليد أمام عيني الطفل تثير اهتمامه وكذلك حركة الأشخاص مما يدعوه إلى إصدار أصوات تسمى بالانعكاسية.

٢ - **البكاء (Crying)**: يقضي الطفل أوقاتاً طويلة بالبكاء ويعبر به عن ألم أو جوع أو ملل لعدم وجود أشياء متحركة أمامه. ولعلّ البكاء يصبح لغة التواصل بين الطفل وأمه فتعرف سبب البكاء من نغمته وعلوه أو انخفاضه وكذلك من الوقت الذي استغرقه.

٣ - **التجشؤ (burping)** : تخرج المعدة الحليب الزائد عن حاجة الطفل وعن حجم المعدة، فيحدث بذلك صوتاً نتيجة لاندفاع الهواء في ممر الصوت (Vocal Tract).

لعلّ البعض يسأل وما فائدة هذه الأصوات في تطور اللّغة والكلام عند الطفل؟ والإجابة هي أن هذه الأصوات تعمل على تدريب أعضاء الصوت للمهمة التي ستتولاها فيما بعد. حيث تعمل هذه الأصوات على تقوية اندفاع الهواء بمساعدة عضلة الحجاب الحاجز (Diaphragm)، وتهيئ مجرى الصوت للتعامل مع تيار الهواء الصاعد من الرئتين إلى الفم وبالتالي إلى الخارج.

سمات الصوت في هذه المرحلة:

١ - غالباً ما تكون الأصوات في هذه المرحلة مجهورة (Voiced)

٢ - تتسم الأصوات باعتمادها على انبثاق الهواء من الداخل دون إجهاد أعضاء النطق للتمفصل وإتخاذ أشكال لإخراج أصوات محددة (Egnressive).

٣ - يغلب على هذه الأصوات كونها شبيهة بالعلل (Vowel Like) ولا نقول إنها علل لأن الأصوات تكون غير متشكلة بعد وفي بعض الأحيان تظهر لديه ما يشبه الصوت الحنجري وهو الهمز (Glottal Stop Like).

المرحلة الثانية (Second Stage)

مرحلة الهديل والضحك (Cooing and Laughter)

وتمتد هذه المرحلة من ٨-٢٠ أسبوعاً ويطلق عليها أيضاً مرحلة الأصوات المريحة (Comfort Sounds). وتتصف هذه المرحلة بـ

١ - أصوات شبيهة بالعلل ولكنها أقرب إلى التشكل من المرحلة السابقة.

٢ - أصوات شبيهة بالسواكن (Consonantal Elements) حيث تبدأ أعضاء الصوت باعتراض تيار الهواء فيتشكل ما يشبه الحروف الساكنة (Consonant - Like).

٣ - أشباه السواكن الخلفية تنتج قبل الأمامية. وهذا ينطبق عليه مبدأ من مبادئ النمو وذلك أن النمو يسير من الداخل إلى الخارج.

٤ - يستخدم الطفل البكاء لإظهار الفرح والألم وغيرها من حاجات الطفل.

٥ - تبدأ الأصوات غير الإرادية (Vegetative) بالاختفاء لتستبدل فيما بعد بالأصوات الإرادية.

المرحلة الثالثة (3rd Stage)

مرحلة البأبأة أو المناغاة (Babbling)

تمتد هذه المرحلة من ١٦-٣٠ أسبوعاً. وتتميز هذه المرحلة بـ

١ - بدء السواكن أو الأصوات الصحيحة بالظهور بشكل أوضح وتتميز هذه الأصوات بالحدة العالية (High pitch)

٢ - بدء بعض الأصوات البلعومية (Pharyngeal) بالظهور من مثل الحاء /ħ/ والعين / ٩ / وكذلك يظهر لديه صوت طقطقة للسان (Click).

٣ - ظهور بعض الأصوات الانبثاقية المجهورة والمهموسة.

٤ - قد تظهر الأصوات الأنفية (Nasal Sounds) من مثل الميم / m / ، النون / n /.

المرحلة الرابعة (4th stage)

مرحلة البأبأة المكررة (Reduplicated Babbling)

تمتد هذه المرحلة من ٢٥-٥٠ أسبوعاً. وتتميز هذه المرحلة بـ

١ - بدء إنتاج سلسلة من أصوات العلّة والسواكن.

٢ - إنتاج المقاطع (Syllables) التي تبدأ بالعلّة وذلك لأنها أسهل من المقاطع التي تبدأ بالسواكن للأسباب التي ذكرناها سابقاً عن إنتاج العلل والسواكن.

٣ - ظهور الأصوات الشفوية (Labials) واللثوية (Alviolars) والأنفية (Nasals) بشكل واضح حيث يتم اعتراض التيار الهوائي من قبل أعضاء الصوت لتشكل إغلاقات تنتج أصواتاً بسمات تحمل سمات

نفس الأصوات عند الرّاشدين.

٤ -تبدأ السواكن بأخذ مدة زمنية أطول (Long Duration) حيث يبدأ تشكلها بشكل أوضح وأقوى.

وقد سميت بالبأبأة المكررة وذلك لأن المقاطع الناتجة هي عبارة عن أصوات مكررة قد تظهر في بعض الأحيان كأنها كلمات من مثل بابابا، ماماما. وهكذا، نرى أن كل مرحلة من المراحل السابقة تقترب إلى إنتاج الكلام أكثر من المرحلة التي تسبقها حيث نلاحظ أنه في المرحلة الرابعة قد اقترب انتاج الطفل من الكلمة وهذه المرحلة تؤهلنا إلى دخول المرحلة الخامسة. وتعتبر هذه المرحلة مرحلة انتقالية تقع بين مرحلة ما قبل اللغة ومرحلة اللغة.

المرحلة الخامسة (5th Stage)

مرحلة اللغة الخاصة (Jargon)

تمتد من ٩-١٨ شهراً ويطلق عليها مرحلة البأبأة غير المكررة أو اللغة الخاصة (Jargon) وتتميز هذه المرحلة بـ

١ -تبدو المقاطع في هذه المرحلة أطول حيث قد تتعدى المقطع المكون من صوتين علة وساكن إلى مقطع مكون من ثلاثة أصوات ساكن وعلّة وساكن.

٢ -تضاف الأصوات الإحتكاكية إلى الوقفيات والعلل من مثل : الفاء / f / وصوت الذال / ð / والثاء / θ / والعين / ʕ /.

٣ - ظهور التنغيم (Intonation) في كلام الطفل تعبيراً عن حالته النفسية كالرضا والغضب والبهجة. والاستفهام والتعجب، والتنغيم بحد ذاته وسيلة للتواصل. وكما ذكرنا فإن الموسيقى في الكلام وغيره تعتبر من وظائف الجهة اليمنى (Right hemisphere) من الدماغ. وهذا يعني ازدياد تعقيد المهارات والأنشطة التي وصل إليها الطفل في هذه المرحلة.

٤ - إنتاج كلمات يستخدمها الطفل ولا يستخدمها الكبار، أي أنها خاصة بالطفل وتسمى لغة خاصة (Jargon). من مثل: (بح) بمعنى عدم وجود الشيء أو انتهائه، وكلمة (تش تش) بمعنى السخونة أو الخطر. ولعل هذه اللغة تتأثر كثيراً بالبيئة الاجتماعية التي يعيشها الطفل حيث إن بعض التعبيرات يتم تعليمها للطفل مباشرة. وما زالت البيئات الإجتماعية مناخاً للدراسة لمعرفة الكلمات المستخدمة في كل بيئة. وبالتالي. . . كما نلاحظ فإن الطفل في هذه المرحلة بدأ يلجأ إلى ما يشبه الكلام إلى درجة كبيرة للتواصل مع الآخرين وبهذا نكون قد وصلنا إلى مرحلة الكلام.

اقترح إريك لينبرج أن التحوّل أو الانتقال من مرحلة ما قبل اللّغة إلى مرحلة الكلمات، إنما يحدث نتيجة تغيرات جوهرية في نمو الجهاز العصبي للطفل. فالطفل لا يستطيع أن يكوّن الكلمات والجمل حتى يصل الدماغ إلى مستوى معين من النمو، وأن هذا النمو الضروري لا يمكن أن يحدث قبل نهاية السنة الأولى من العمر.

التطور اللغوي أو مرحلة الكلام (Linguistic Stage)

ونقسم هذه المرحلة إلى ثلاثة مراحل وهي :

١ - مرحلة الكلمة جملة (One word sentence)

٢ - مرحلة الكلمتين جملة (Two word sentence)

٣ - مرحلة الثلاث كلمات جملة (Three word sentence)

أ - مرحلة الكلمة جملة (One word Sentence Stage)

ونقصد بالكلمة جملة أن الكلمة تعبر عن جملة كاملة لدى الطفل ويطلق عليها التركيب الشامل (holophrase). فالطفل عند ما ينتج هذه الكلمة يقصد بها جملة تامة، كأن نسأل الطفل: أين والدك؟ فيقول: شغل؛ فكلمة شغل هي البنية السطحية، وأما البنية العميقة لدى الطفل فهي أن والدي ذهب إلى الشغل. وهناك بعض الأمور العامّة لهذه المرحلة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

١ - القدرة على إنتاج أول كلمة تختلف من طفل إلى آخر تبعاً للبيئة التي يعيش فيها الطفل، وكذلك لجوانب النمو المختلفة.

٢ - معظم الأطفال ينتجون كلمتهم الأولى دون وضعها في سياق لغوي. وغالباً ما تكون هذه الكلمات هي أسماء لأشياء متحركة من مثل اللعبة والقطة وما إلى ذلك من الأجسام المتحركة.

٣ - يبدأ الأطفال بإنتاج الكلمات التي تشكل أهمية خاصة بالنسبة لهم

من مثل ماما، بابا، عصير، لعبة.

٤ - تبدأ بعض الكلمات التي تدل على الحدث بالظهور من مثل (باي) لتدل على الخروج أو (نم نم) لتدل على طلب الأكل.

٥ - بعض الكلمات التي تشكل أساساً للعلاقات الاجتماعية والتواصل تبدأ بالظهور من مثل التعبير عن الموافقة بنعم وكذلك الرفض بلا، والطلب ب(هات) وخذ (وبدّي). وتلعب اللهجات دوراً جوهرياً في إنتاج الكلمات التي يستخدمها الطفل للتعبير عن حاجاته ورغباته. ونستطيع أن نعتبر أن الطفل في هذه المرحلة وإلى درجة كبيرة مرآة للبيئة المحيطة به ولا يصدر إلا عنها.

الدوافع للكلام (Motevations)

١ - يتحدث الأطفال بدافع إظهار الإصرار على تملك الأشياء (Assertion). ويهتمون عادة بالأشياء التي تظهر أمامهم ولا يعطون بالاً للأشياء المخفيه. وكما قلنا: فإن الطفل في هذه المرحلة يتمركز حول ذاته حيث يوصف الطفل في هذه المرحلة بالأنانية والتي كثيراً ما تسبب له مشاكل مع أقرانه وإخوانه.

٢ - يتحدث الأطفال بدافع الطلب (Requesting) وذلك لتحقيق رغباتهم في طلب الأشياء، كأن يطلب الطفل الطعام عند شعوره بالجوع. ولعلّ الطلب من أهم المفاهيم التي تعمل على تنمية اللغة كوسيلة للتواصل، فهو يريد أخذ كل شيء . وبالتالي، عليه التعرف

إلى أسماء هذه الأشياء حتى يتم له مراده.

الأدوار التي تظهر في لغة الأطفال (Roles)

يظهر من خلال كلام الأطفال في هذه المرحلة اهتمامهم بـ

١ - دور الفاعل (Agent role) فلكل فعل فاعل، وبطلب الطفل لعبته، فهو يحاول جلب اهتمام أمّه أو المهتم به لجلب اللعبة. وهذا يعنى إدراكه لدور الفاعل في تحقيق رغبته.

٢ - دور المفعول به (The role of Patient) فالطفل يهتم بالأشياء المحيطة، وعندما يطلب اللعبة فهو يدرك بأن اللعبة لا تأتي وحدها، فيطلب من أحدهم إحضارها.

٣ - دور التملك (Possession) فكل شيء في البيت له، ويشعر بأن العالم يدور حوله، فهو مركز الكون.

٤ - مفهوم المكان فهو يدرك أن لعبته فوق الطاولة وهو مكان لا يمكن الوصول إليه إلا من خلال واسطة. وكما نلاحظ فإن المفاهيم متشابكة إلى درجة كبيرة حتى لا نكاد نستطيع الفصل بينها. وهذه طبيعة الظواهر على سطح الأرض، حيث نرى أن الفصل بينها غير منطقي إلا لتسهيل فهمها ودراستها وأخذ العبر منها.

وفي دراسة حديثة للخمسين كلمة الأولى التي أنتجها بعض الأطفال، صنف نلسون (Nelson) الكلمات إلى ست فئات وهي:

١ – الأسماء العامة (General Names).

٢ – الأسماء النوعية.

٣ – كلمات الفعل (Verbs).

٤ – الصفات (Adjectives).

٥ – كلمات شخصية اجتماعية (Personal, Social).

٦ – كلمات وظيفية (Functional).

ويظهر الأطفال توحداً في مفرداتهم المبكرة، ولكن الكلمات الأولى تبقى انتقائية (Eclectic). وبرغم ذلك فإن الأطفال يستخدمون الكلمات بطريقة مختلفة عن الراشدين.

العلاقة بين الكلمات المستخدمة من قبل الأطفال والكلمات التي يستخدمها الكبار:

١ – ضيق المفهوم (Under Extension):

فالمرجع (Referent) للمعاني لدى الأطفال أكثر تحجيماً منه لدى الكبار. وعلى سبيل المثال فإن مفهوم السيارة لدى الطفل مقتصر على سيارة والده وكل السيارات في العالم هي سيارة والده، وهذا يعني ضيق في مدلول المفهوم.

٢ – اتساع المفهوم أو التعميم (Overextension or Generalization):

فالمرجع لدى الأطفال في بعض المفاهيم يكون أوسع عما هو في

الواقع، أي عمّا يستخدمه البالغون، فالطفل يطلق كلمة (عو) على كل حيوان يخافه وقد يسمى كل الحيوانات قطة، أو غنمة. وقد يطلق على كل رجل كلمة (عمو) أي أنه يعمم المفهوم الضيق أكثر من نطاقه الصحيح.

٣ - التداخل (Overlap):

يقع هذا المفهوم بين الضيق والتوسع بحيث تصغر الفجوة بين البالغين والأطفال، فيطلقون نفس المفهوم على المسمى الواحد وإن كان المفهوم عند البالغين أكثر اتساعاً.

٤ - الاختلاف التام (Mismatch):

قد يطلق الطفل تسمية لشيء ما تختلف تماماً عن تسمية البالغ لها وهكذا يكون الإسم خاصاً بالطفل كنتيجة لتجريبه مدى دقة الكلمة التي تعلّمها. وعلى سبيل المثال، فقد يطلق الطفل إسم كرسي على الطاولة.

٥ - التطابق (Identity):

حيث يطلق الأطفال والبالغون نفس التسمية على الشيء دون وجود أي اختلاف.

٦ - **الاختلاف** بسبب استخدام الطفل كلمة غير موجودة أصلاً (Idiomorph) وهذه الكلمات تشكل لغة خاصة لدى الأطفال وهي

عبارة عن تركيبات للأصوات، وإنتاج كلمات تمثل أصوات متناسقة ويطلق عليها رطانة (Jargon).

وهكذا، فإن الأطفال يستخدمون الكلمة بطريقة محددة وفردية، وبالنسبة للطفل فإن تطبيق الكلمات في السياقات المختلفة هو نوع من اختبار الفروض، وهي عملية تستمر مع الطفولة. وهذه العملية تكشف عن نفسها، خاصة في السنوات الثلاث الأولى عندما تبدأ عملية ربط الكلمة بالشيء. وقد أوردت سميت (Smith) بياناً بمتوسط النمو اللغوي عند ٢٧٣ طفلاً كل ستة أشهر كما يلي:

١ - من ستة شهور إلى سنة	ثلاث كلمات
٢ - من سنة إلى سنة ونصف	تسع عشرة كلمة
٣ - من سنة ونصف إلى سنتين	مائة وخمسون كلمة
٤ - من سنتين إلى سنتين ونصف	ثلاثمئة وأربع وسبعون كلمة.
٥ - من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات	أربعمئة وخمسون كلمة.

النظام الصوتي (The Sound System):

عند الحديث عن النظام الصوّتي لدى الطفل في هذه المرحلة فعلينا الوقوف على النقاط الآتية:

١ - كيفية إدراك الطفل للأصوات المنفردة والمتسلسلة في تناسقات.

٢ - كيفية إنتاج الكلمة الأولى.

٣ -الاستراتيجيات التي يستخدمها الأطفال في هذه المرحلة لإنتاج الكلمات.

١ - إذا كان بإمكان الطفل التفريق بين الفونيمات (Phonemes) في بيئات صوتية معينة، فهذا لا يعني بالضرورة أنه يستطيع أن يفرق بين نفس الفونيمات في بيئات صوتية أخرى. فمثلاً قد يميّز بين الصوتين / s / س و / z / ز في بيئة صوتية معينة من مثل سار وزار، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أنه يستطيع أن يميز بين الصوتين في بيئة صوتية مختلفة من مثل سور و زور. وسبب هذه الظاهرة ما يسمى بتأثير الصوت السابق واللاحق على الصوت المراد اختباره (Coarticulation). وحتى نكشف هذه النقطة نقوم بفحص التمييز الصوتي (Auditory dis-crimination).

٢ - يسهل تمييز الطفل بين الكلمات كلما كان الفرق بينهما أكثر وضوحاً من مثل كتاب ورقة.

٣ - يستطيع الأطفال التفريق بين الكلمات التي تختلف فقط في عللها من مثل طال طول.

العمليات الفنولوجيّة (Phonological Processes):

المقصود بالعمليات الفنولوجية: تغيير في البناء الفونيمي للكلمات إما بحذف فونيم أو مقطع، أو بتغيير فونيم أو مقطع، أو باستبدال فونيم أو

مقطع بآخر. ويلجأ الطفل لهذه العمليات لأسباب منها:

١ - التبسيط أو الاستسهال (Simplefication) حيث يقوم الطفل بإحدى العمليات الفنولوجية لمواجهة صعوبة في نطق فونيم معين أو وجود صعوبة في تناسق معين. ويقوم الطفل بالتغلب على هذا النمط الخاطئ عن طريق اختبار الفروض، وإلا تحولت هذه العملية إلى مشكلة يعاني منها الطفل وتحتاج إلى تدخل علاجي.

٢ - المدخلات الخاطئة (wrong input): حيث يكتسب الطفل اللّغة من مصدر خاطئ كأن يسمعها من أخيه الذي لا يجيد الكلام بعد، أو من والده ووالدته اللذين يعانيان من مشاكل نطقية، وبالتالي تتكون لدى الطفل مشاكل صوتية.

٣ - أسباب عضوية (Organic) حيث إن وجود عضو من أعضاء النطق في وضع غير صحيح يؤدي إلى هروب الطفل من الأصوات التي يشارك فيها هذا العضو. ولا ننسى في هذا المقام دور السمع في إدراك الأصوات.

٤ - تطور النطق: حيث إن هذه العمليات تعتبر درجة من درجات التطور فيلجأ الطفل إليها لبناء نظامه الصوتي والفنولوجي.

من العمليات الفنولوجيّة التي يلجأ إليها الطفل:

١ - حذف مقطع (Syllabic deletion):

وقد يكون هذا الحذف في بداية، أو منتصف، أو آخر الكلمة. من مثل:

(تاح) بدلاً من مفتاح، (يارة) بدلاً من سيارة، (فحة) بدلاً من تفاحة.

٢ - حذف أصوات (Sound deletion):

يقوم الطفل بحذف صوت من مكان ما من الكلمة من مثل: بطلون بدلاً من بنطلون متاح بدلاً من مفتاح.

٣ - تكرار مقطع أو تضعيفه (Syllabic reduplication):

وهو إنشاء كلمة كنتيجة لإعادة مقطع واحد مرتين من مثل: تش تش (السخونة) ، نم نم (الطعام) ، بابا ، ماما.

٤ - استبدال صوت بآخر (Sound Substitution):

وتعتبر هذه العملية من أكثر العمليات الفنولوجية انتشاراً في لغة الأطفال وتقسم إلى أشكال منها.

أ - التوقيف (Stopping) وهو تحويل الصوت الاحتكاكي إلى صوت وقفي من مثل تحويل الفاء إلى تاء، والذال إلى دال.

ب - التقديم (Fronting) وهو تحويل الصوت الخلفي إلى أمامي أي نقل مكان الالتقاء في أعضاء النطق من الخلف إلى الأمام من مثل: الكاف إلى تاء، والسين إلى تاء.

ج - التأخير (Backing) وهو تحويل الصوت الأمامي إلى خلفي من مثل : الثاء إلى السين، والخاء إلى الحاء.

د - إزالة صفة الصوت وله أشكال:

١ - أزالة صفة التضخيم من مثل : تحويل الطاء إلى التاء، والظاء إلى ذال.

٢ - إزالة صفة الأنفية من مثل تحويل الميم إلى الباء.

ونستطيع تحديد العملية الفنولوجية من خلال الصوت الذي تم تغييره وذلك بتحديد مكانه ومكان الصوت الجديد ونوعه إن كان وقفياً أو احتكاكياً.

٥ - إدخال صوت (Sound Insertion):

يدخل الطفل صوتا جديداً في الكلمة، وعادة ما يكون السبب في إدخال الصوت الجديد من أجل تبسيط نطق الكلمة من مثل: إدخال حرف علّة لكسر تتابع حروف صحيحة فنقول في كلمة شَمْس شَمِس.

وقد يلجأ الطفل إلى حذف حرف ساكن لتسهيل تتابع السواكن.

٣ - مرحلة الكلمتين جملة (Two word sentence):

الخطوة التالية في ارتقاء اللّغة هي استخدام كلمتين لا كلمة واحدة. ويصل الأطفال إلى هذه المرحلة في حوالي الشهر الثامن عشر إلى الشهر العشرين. وفي هذه المرحلة تظل اللّغة أبسط من لغة الراشدين وأكثر انتقائية برغم أنها تضم الأسماء والأفعال والصفات وكذلك الأدوات والضمائر الخ. ويكون الكلام جديداً وإبداعياً وليس نسخة من كلام

الراشدين.

في هذه المرحلة يمكننا أن نتعرض لدراسة النحو النشط أو الإيجابي لدى الطفل، وذلك لأن جملة الطفل أصبحت تتكون من أكثر من مفردة كما أن المستوى النحوي كما قلنا يناقش ويدرس ترتيب الكلمات في الجمل، لذلك لا نستطيع دراسة جمل الطفل المكونة من كملة واحدة على المستوى النحوي.

وهناك ظواهر انتقاليّة بين مرحلة الكلمة جملة ومرحلة الكلمتين جملة منها:

١ - استيعاب التفوهات (Utterances) المكونة من أكثر من كلمة.

٢ - وجود كلمات يتغير لفظها ولا تشير إلى شيء محدود (Dumy forms).

٣ - وجود كلمات لها شكل ثابت ولكنها تشير إلى معانٍ مختلفة.

٤ - ينتج جملة من كلمتين وذلك بتكرار كلمة.

٥ - ينتج الطفل عبارة تتكون من كلمتين ولكنه يدركها على أنها كلمة واحدة أي أن التركيب وهمي (Pseudophrase). ومن الأمثلة عليها كأن يقول الطفل السلام عليكم فهي عبارة مكونة من كلمتين، ولكنها مختزنة في دماغ الطفل على شكل كلمة واحدة لا يستطيع تجزئتها.

وفي نهاية هذه الفترة يصل الطفل إلى مرحلة الكلمتين جملة، ويزداد متوسط طول التفوه لديه. وقد أجريت دراسة لمعرفة متوسط طول التفوه.

وقسمت العينة إلى خمس فئات بناء على طول التفوه والعمر:

١ - ٢٢ شهراً	طول التفوه	١,٧٥
٢ - ٢٨ شهراً	طول التفوه	٢,٢٥
٣ - ٣٢ شهراً	طول التفوه	٢,٧٥
٤ - ٤١ شهراً	طول التفوه	٣,٥٠
٥ - ٤٥ شهراً	طول التفوه	٤,٠٠

خصائص مرحلة الكلمتين جملة.

١ - الإنتاجية (Productivity):

يستطيع الطفل إنتاج كلمات لم يسمعها من قبل حتى إنه يستطيع فهم واستيعاب كلمات لم يسمعها من قبل. ولعلّ التفسير لهذه الظاهرة يتمثل في زيادة قدرات الطفل العقلية، وكذلك زيادة خبراته، وبالتالي المقدرة على ربط الخبرات، والمقدرة على القياس والاستنتاج والخلق والإبداع.

٢ - كلام التلغراف (Telegraphic Speech):

وتكون جمل الطفل في هذه المرحلة مقتصرة على كلمات المحتوى (Content) فقط ولهذا سميت بالتلغراف لأننا نوصل من خلال التلغراف أكبر قدر ممكن من المعاني بأقل عدد ممكن من الكلمات. لذا، فالطفل يسقط الكلمات الوظيفية من جمله فيقول الطفل عن أبيه: راح مدرسة، ويقصد

راح على المدرسة. ولا ننسى أن الطفل يبني البنية العميقة دون أن يشعر، حيث يتكون لديه مفهوم الكلمات الوظيفية، وبعد فترة يبدأ باستخدامها.

٣ - تكون جمل الطفل في هذه المرحلة ذات نمط محدد وثابت إلي درجة كبيرة ذلك أنه إذا نظرنا إلى الجمل من الناحية النحوية (Syntax) فنلاحظ أنها مكونة من فعل وفاعل.

الوظائف والأدوار التي تؤديها لغة الطفل في هذه المرحلة (Functions & Roles):

١ - **تأكيد** وجود الشيء أو عدم وجوده. فالطفل يظهر اهتمامه بما حوله ويعبّر عن الانزعاج إن اختفت أشياؤه، وذلك بطلب إحضارها ممن حوله. وهذا يفسّر لنا انتقال الطفل من مرحلة الحديث عن المحسوس (Concrete) إلى الحديث عن المجرد (Abstract)، وهذا يتماشى وتطور قدرات الطفل المختلفة. وتظهر وظيفة تأكيد وجود أو عدم وجود الشيء من خلال أشكال مختلفة:

أ - تسمية الأشياء (nomination)

ب- الملاحظة (Noticing) فهو يتابع ألعابه ويتابع ما يجري حوله ويصف ذلك بطريقته الخاصة.

ج- الإنكار (Denying).

د - تأكيد عدم وجود الشيء (Disappearance):

٢ - **الوصف** (Description) يظهر كلام الطفل أكثر دقة فهو يطلب أشياء

محـددة كأن يـطلب لعبـته الحـمراء الكبـيرة الموجـودة في الخزانة، فـفي مراحل سـابقة كـان الطفل يعبر عـن طلبة بأقل عدد ممكن مـن الكلمات وقـبلهـا كأن يطلب بـوسائل غـيـر الكلام كـالبكاء. لذا، نلاحظ ازدياد قدرات الطفل يصاحـبه ازدياد في جاجاته ومتطلباته، وازدياد رغـبته في سرعـة الإنجاز. وهـذا المطلب يحتـاج إلي دقة في الوصف. وتظهـر هذه الوظيفة من خلال:

أ - ذكر الصـفات (Adjectives) فهـو يصف الأشياء بـصفاتهـا كأن يقول طويل أو قصير، جميل وغير جميل ونلاحظ. أن لغة الطفل في هذه المرحلة تتـسم بخـلط في اسـتخـدام عـلامـات التـأنيث والتذكيـر والمفرد والجمع، وكذلك في زمن الأفعال. فـقد يجري قـيـاسـات خاطئـة كأن يجـمع يوم على أيامات، أو يقـول: نروح امبارح.

ب- الملكية (Possession) يصف الطفل الأشياء كونها تخصه فيقول عن الألعـاب إلي بمعنى ملْـكي، وقـد يخلط في الضـمـائر الدّالة على الملكية.

ج - المكان (Location) يستطيع تحديد مكان أغراضه وألعابه.

٣ - الطلب (Requesting):

ونلاحظ أن وظيفة الطلب تزداد تعقيداً في هذه المرحلة حيث تتوسع هذه

الوظيفة عن مجرد الحصول على الأشياء. ويستخدم الطفل هذه الوظيفة لغرضين

١ - معرفة المعلومات (Information) : فالطفل يريد كشف الأسرار، ومعرفة سبب حدوث الأشياء، لماذا، متى، كيف، أين. كلها أسئلة يريد معرفة إجاباتها، وتسمى هذه المرحلة بمرحلة ماذا وكيف. وتحتاج هذه الفترة إلى كياسة في تصرف المهتمين بالطفل إن كانوا أبويه أو غيرهم في كيفية الإجابة على أسئلته. وبالتالي، فإن الاجابات التي يحصل عليها تزيد من ثروته اللغوية وتزيد من الأنماط التي يمكنه استخدامها.

٢ - طلب الأشياء: فحاجات الطفل لا تنتهي ، فهو يريد أن يأكل وأن يلبس وأن يذهب إلى الحمام، وما إلى ذلك من الرغبات، وكلّها تتحقق من خلال وظيفة الطلب. ولا ننسى هنا أن قسطاً من الحنان في تلبية حاجات الطفل يعمل على خلق جوٍّ مفعم بالحب بين الطفل وذويه، مما يشجعه على الجرأة في الكلام. ويعمل العقاب على إحجام الطفل عن الكلام. وبالتالي، نشوء اضطرابات في لغته ممايستدعي توفير تدخل علاجي. ولا يجوز أن يكون هذا الحب والحنان زائداً عن حده فيفرط الطفل في الدلال، مما قد يوقفه عند حد معين من النمو اللغوي، وذلك بقبول الوالدين كلام ابنهما على علاّته.

ومما يجدر ذكره بأن نمو الجمل ذات الكلمتين يكون بطيئاً في البداية ثم يتقدم بسرعة. والمثال الآتي لبعض أشكال حديث طفل، حيث كان العدد

التراكمي لتركيب كلمتين مختلفتين والمسجلة في شهور متتابعة (١٤، ٢٤، ٨٩، ٣٥٠، ١٤٠٠، ٢٥٠٠ فأكثر). ولا ينتج الطفل مثل هذه المنطوقات عن طريق تجاوز غير متآلف للكلمتين، بل إن هذه المنطوقات تضم فئتين من الكلمات، الفئة الأولى وتسمى الكلمات المحورية (Pivot). والفئة الثانية فئة واسعة مفتوحة من الكلمات. ومن أمثلة الفئة الأولى «كثير أو كتير، وتأتي في منطوقات متعددة مثل : أشرب كثير شاي كثير، فلوس كتير». وهذه الكلمات المحورية يمكن أن تكون الكلمة الثانية في الجملة. وتتسع فئة الكلمات المحورية باطراد مع ارتقاء الطفل. أما الفئة الثانية فهي مفتوحة وتشمل كل الكلمات الأخرى في قاموس المفردات باستثناء الكلمة المحورية. والمهم في هذه المرحلة أن الطفل يصبح له نظام لغوي من صنعه وليس نسخة مباشرة من نظام الراشدين. ويبدأ الطفل في استخدام الوسائل اللغوية بطريقته الخاصة ليبتكر منطوقات جديدة. هذه المنطوقات ذات علاقة بالكلام الذي يسمعه من حوله، ولكنها ليست بالتأكيد مجرد نسخة مصغرة من تلك المنطوقات.

وفي نهاية هذه المرحلة يزيد الإنتاج والاستيعاب عند الطفل بحيث يملك القدرة على التعامل مع الجمل الطويلة إنتاجاً واستيعاباً.

٣ - مرحلة الثلاث كلمات جملة (Three word sentence):

تقترب جملة الطفل في هذه المرحلة من الاكتمال، ويزداد وضوحها وكذلك تزداد قدرته على التحديد أكثر فأكثر. ويدخل عنصر جديد في جملته وهو الكلمات الوظيفية (Functional) إلى جانب كلمات المضمون

(Content)، ولكن ما يزال هناك بعض الخلط في علامات الجمل والإفراد والتثنية وعلامات التذكير والتأنيث واستخدام الضمائر.

يزداد تفاعل الطفل اللغوي مع الآخرين مع ازدياد مفرداته وأنماطه، فيتأثر بما يسمع ويحاول المشاركة وعندما يصيب، يثبّت ما أصاب به، ويخطئ فينتقده الآخرون فيسقط النمط المنتقد. وسنلقي الآن الضوء على طبيعة كلام البالغين مع الأطفال وأثر التفاعل بينهما.

تفاعل كلام البالغين مع الأطفال:

١ - يغلب على كلام الكبار البطء، لإتاحة الفرصة للصغار للفهم وتشجيعاً لهم للمشاركة والمتابعة. فلو كان كلام الكبار سريعاً لأصيب الأطفال بملل وصعوبات في فهم ما يقال مما يؤدي إلى إحجامهم عن التفاعل مع الآخرين.

٢ - وضوح النطق عند الكبار حتى أنه يصل إلى درجة التمثيل (Exaggeration).

٣ - استخدام الكبار مفردات لا يستخدمونها في التواصل مع أقرانهم حتى تصل الرسالة بوضوح إلى الطفل كأن يقول الكبير للصغير: بدنا نروح باي.

٤ - يتحدث الكبار مع الأطفال ضمن المعاني التي يعرفونها مع شيء من التوسع، وذلك في محاولة لنقل الطفل إلى مرحلة متقدمة من التعامل مع اللّغة.

٥ - الكبار يتحدثون مع الأطفال جملاً سهلة خالية من التعقيد.

٦ - يركز الكبار في الحديث مع الأطفال عن الأشياء التي تخصهم مباشرة، فيتم الحديث عما هو موجود في الوقت الحاضر من مثل: ألعابهم وملابسهم وأغراضهم . . . الخ.

نماذج من التفاعل ما بين لغة الكبار والصغار:

١ - **التكرار** (Self repetition): فثلث كلام الكبار مع الصغار هو تكرار.

٢ - **التوسع** (Expantion): حيث يحاول الكبار توسيع نطاق لغة الطفل وإدراكه عن طريق تكرار ما يقولون مع زيادة للتوضيح.

مثال: يسأل الكبير : وين ماما؟ يجيب الطفل ماما يطبخ في مطبخ.
فيعقب الكبير: آه، يعني ماما بتطبخ في المطبخ.

٣ - **أسئلة من أجل التعليم المقصود** Tutorial Questions:

فالكبير يسأل الصغير وهو يعرف الإجابة، كأن يسأل وين إصبعك؟ وين شعرك؟ أو أن يطرح الكبير سؤالاً باستخدام التغنيم هذا إصبعك؟ فالأسئلة هنا بقصد التعليم ولكن بشكل غير مباشر.

٤ - **التعليم الصريح** (Overt Teaching):

يحاول الكبار الحصول على إجابات بشكل صريح ومباشر، كأن نخبره عن أسماء الأشياء ويصوّب له أخطاؤه.

٥ - **نمذجة الحديث (Descourse Modility):**

يكون الحديث مع الطفل كالحديث مع الكبير، من مثل حديث الأم مع طفلها وكأنها تتحدث مع نفسها.

تطور بعض جوانب اللّغة:

تتسارع لغة الطفل بعد السنة الثالثة. فالمفردات تزداد، وتتعقد التراكيب، والاستيعاب يتسع، وإنتاجه للجمل فعّال وغير مقصور على التقليد.

النفي (Negation):

كما أسلفنا فإن مفهوم النفي كغيره من المفاهيم يبنى أولاً في دماغ الطفل، من خلال البيئة المحيطة ويبدأ بالظهور بصور مختلفة، من مثل التعبير عن هذا المفهوم بالإشارة، ومن ثم يتطور ليصبح التعبير عنه باستخدام أدوات النفي من مثل : لا، ما، لن أو ما يوازيها في اللهجات العامية. وقد ينفي الطفل باستخدام مقاطع تضاف في نهاية الكلمات من مثل المقطع (يش) أو (ش) في كلمة بديش بمعنى لا أريد أو ما (عملتش) بمعنى لم أعملْ.

وظائف استخدام النفي:

هناك ثلاثة مفاهيم يعبّر عنها الطفل باستخدام النفي:

١ - **عدم الوجود (الغياب) (non-presence)**

ويكون التعبير عن هذا المفهوم بعدة أشكال:

أ - عدم وجود الشيء من الأصل non-exestense.

كأن يقول الطفل ما في حليب.

ب - الاختفاء (Disappearance) حيث يكون الشيء موجوداً ويختفي فيقول الطفل: (مافي)، (بح)، (راح).

ج - عدم ظهور الاستجابة المناسبة non-occurance:

وذلك عندما يخفق الطفل في تحقيق أمر ما كعدم قدرته على فتح صندوقه.

د - عدم الاستمرارية (Descontinuation) حيث يعبر بالنفي عن توقف لعبته عن الحركة بسبب وجود عائق.

٢ - الرفض (Rejection):

كأن يرفض الطعام، أو الانصياع للأوامر

٣ - الإنكار (Denial):

ونلاحظ أن الرفض يسبق باقي وظائف النفي من حيث التطور وذلك للحاجة الملحة بالنسبة للطفل ولتوافق هذه الوظيفة وتطور الطفل.

التطور النحوي (Gramatical Development):

يدرس النحو خلال مرحلة الكلمتين جملة (Two word Sentence)

وذلك لأن النحو هو دراسة كيفية صياغة وبناء الجملة وهذا يعني وجوب وجود أكثر من كلمة حتى ندرس كيفية ترتيبها ووظيفة كل كلمة منها.

١ - لغة التلغراف (Telegraphic Speech):

نلاحظ خلال هذه الفترة أن الطفل لا يميّز بين المذكر والمؤنث وبين الإفراد والتثنية والجمع. وكذلك يخلط في أزمنة الأفعال.

٢ - يجد الطفل صعوبة في إنشاء الجملة، فيخاف من عدم وصول الرسالة فيكرر كلمة أو أكثر لأخذ الفرصة لإنشاء جملة تامة. لذا، يجب على الوالدين عدم الخوف من إصابة إبنهما بالتلعثم لأنه يكرر بعض الكلمات. فالتلعثم (Stuttering) له أسباب ومظاهر في تكرار الكلمات أو الأصوات تختلف عن هذا النوع من التكرارات التي تعتبر مرحلة من مراحل تطور الجملة عند الطفل.

٣ - إضافة كلمة غير مناسبه في سياق كلامه، وذلك لأنه لا يمتلك القدرة بعد على إنشاء جملة تامة المعنى.

٤ - وقوع الطفل في أخطاء بسبب القياس الخاطئ في زمن الأفعال، والعدد، والجنس، فقد يجمع كلمة قلم على قلمات بدلاً من أقلام. وقد يطلق الزمن الماضي على المستقبل فيقول: رحت بكرة على المدرسة، ولكن بطريقة اختبار الفروض، فإنه يسقط الأنماط الخاطئة ويثبت الأنماط الصحيحة.

تطور الأسئلة:

وتقسم الأسئلة إلى أنواع منها:

١ - الأسئلة التي تحتمل الإجابة بنعم أو لا.

٢ - الأسئلة التي تحتمل الإجابة الطويلة.

نلاحظ أن نسبة كبيرة من تخاطب الكبار مع الصغار يكون على شكل أسئلة وعادة ما تركز هذه الأسئلة على:

١ - ما يقوم به الطفل من نشاطات.

٢ - أعضاء الجسم.

٣ - الأشياء المحيطة.

ويكون هدف هذه الأسئلة عادة زيادة قدرات الطفل وخاصة الثروة اللغوية. لذا نلاحظ أن الأهل كثيراً ما يركزون على الأسئلة التي تحتمل الإجابات الطويلة، وذلك لأنها تزيد معرفة الطفل أكثر عن الأسئلة القصيرة.

إن وظيفة الاستفهام كغيرها من الوظائف يكون تطورها على النحو الآتي:

١ - يكون السؤال في السنة الأولى على شكل طلب (Request) .

٢ - بعد السنة الأولى يسأل بالتنغيم (Intonation) كأن يقول عن لعبته مستفسراً: راحت؟

٣ - تتطور مقدرته في مراحل متقدمة، فيستخدم كلمات خاصة (Idiomorph) لتعبر عن السؤال.

٤ - بعد السنة الثانية تزداد ثروة الطفل من حيث عدد المفردات، فيبدأ باستخدام أسماء الاستفهام من مثل سؤاله عن الأشياء المحيطة.

١ - شو (What) عن الأشياء الملموسة.

٢ - وين (Where) عن الأشياء الملموسة.

٣ - مين (Who) عن الأشياء الملموسة

وتزداد حاجاته فيريد أن يعرف الأشياء المجهولة.

١ - متى أو (وكتيش) من العامية (When) عن الزمن.

٢ - لماذا أو ليش (Why) لمعرفة السبب، وهذا يحتاج إلى جهد عقلي أكبر من ذي قبل.

٣ - كيف (How) لمعرفة الطريقة حيث تحتاج جهد عقلي أكبر من ذي قبل.

ويزداد تطور هذه الأسئلة بعد السنة الثالثة إلى ما بعد دخول المدرسة، حيث يتعلم الطفل استخدام الأدوات بالفصحى.

اكتساب الصرف (Acquisition of Morphology):

عند الحديث عن إكتساب الصرف يجب أن نتذكر أن هذا المستوى يناقش بناء الكلمة من الداخل من حيث كونها اسماً أو فعلاً، ودلالة الاسم على التذكير والتأنيث، المفرد والجمع، وكذلك دلالة الفعل من حيث

ارتباطه بالزمن. ومن خلال فهمنا الدقيق لهـذا المستوى نستطيع أن نستظهر بعض المشكلات التي قد يمر فيها الطفل أثناء تطور الصرف لديه.

١ - التجزيء الخاطئ (Under Segmentation):

حيث يفشل الطفل في تجزيء كلمات كان قـد إكتسبها بشكل كلي، فيواجه صعوبة في معرفة أصلها (Root).

٢ - تقسيم كلمة لا تقسم (Over Segmentaion)

تطور اكتساب الجمع

١ - يستخدم الطفل المفرد للدلالة على الجمع.

٢ - في مراحل متقدمة يتطور مفهوم الجمع حيث يصبح الطفل أكثر إدراكاً للفرق بين المفرد والجمع وقد يستخدم العدد للدلالة على الجمع.

٣ - في سن الثالثة يميّز الطفل بين الجموع المختلفة.

٤ - يبدأ الطفل باستخـدام علامات الجمع بطريقة اختـبار الفروض، فينتج لديه القياس الخاطئ.

بعد مناقشة جـوانب تطور اللّغة هذه، علـينا أن نتذكر أن هـذه الجوانب ليـست مقـسمـة بهذا الشكل الحـاد على أرض الواقع، فإنهـا في الحـقيـقة تتداخل فيـما بينها لتنتج لنا اللّغـة التي نعرفها. ويكمن هدف هذا التـقسيم في تسـهيل فهـم هذه الـلّغة المعقـدة وللوقوف على الـوضع الطبيعـي لها. فيتسنى لنا معرفة ما يشذ عن هذا الوضع.

النظريات المفسرة لاكتساب اللّغة:

تضاربت الآراء في كيفية اكتساب اللّغة، حيث إن البعض يرى أن اللّغة موروثة، والبعض الآخر يرى أنها متعلّمة من خلال البيئة المحيطة. وقد تركزت هذه الآراء في اتجاهين رئيسين هما:

١ - الاتجاه الفطري (Innatist Approach).

٢ - الاتجاه السلوكي (Behaviorist Approach).

أ - الاتجاه الفطري (Innatist Approach):

إن من أهم أنصار هذا الاتجاه هو اللغوي المشهور نوم تشومسكي الذي يعتقد أن كل طفل يولد مزوداً بأبنية لغوية تكون جزءاً من جهازه العصبي. ويشترك في هذه الأبنية جميع الأطفال في العالم، ويعتمد عليها كل طفل في اشتقاق القواعد من البيانات اللغوية التي تصل إليه، ثم يضعها في قوالبها المعدّة خصيصاً لها. وكلّما زادت هذه المدخلات ازدادت طلاقة الطفل. وتسمى هذه القدرة بجهاز اكتساب اللغة.

جهاز اكتساب اللّغة (Language Acquisition Device):

لهذا الجهاز الداخلي في جسم الإنسان سمات منها:

١ - القدرة على التفريق بين الأصوات اللغوية وغير اللغوية.

٢ - ترتيب معلومات وأصوات اللّغة في مجموعات يطلق عليها المجموعات المعنوية (Semantic Categories).

٣ - تعطي الإنسان القدرة على إصدار أحكام لغوية من ناحية تكوينها الصوتي والنحوي.

٤ - تعطي الإنسان القدرة على تقييم نظامه اللغوي واختيار الأسهل والأنسب في الظروف الحياتية المختلفة.

ويعتبر لينبرج (Lenneberg) من المؤيدين لهذا الاتجاه ويرى:

١ - تعتبر القدرة البشرية على توليد وفهم اللّغة خاصية وراثية مقصورة على الإنسان، وهذا ما يميز البشر عن غيرهم من الكائنات الحية.

٢ - تقوم اللغة على أساس آليات (Mechanisms) بيولوجيّة خاصة تتولى تشكيل ارتقاء اللّغة. وتشمل هذه الآليات جهاز النطق، ومراكز مخيّة محددة للّغة، ونظاماً سمعياً متخصصاً يعالج أصوات الكلام بطريقة مختلفة عن الأصوات الأخرى.

٣ - يشير إلى أن المعالم الواضحة لاكتساب اللّغة تحدث بطريقة منتظمة وثابتة عند كل الأطفال الآسوياء في العالم، كما أنها تحدث بنفس المعدل برغم التباينات الثقافية والبيئية، حيث يري أن كل الأطفال في العالم يبدأون المناغاة بعد ستة شهور من الميلاد، ثم ينطقون كلمتهم الأولى قرب نهاية العام الأوّل. وبقرب نهاية العام الثاني يبدأون باستخدام جمل تتكون من كلمتين ويتقنون التراكيب الأساسية للغتهم عندما يكون عمرهم ما بين الرابعة والخامسة.

٤ - ترتبط عملية ارتقاء اللغّة بالنضج البيولوجي بنفس الطريقة التي تمر بها مراحل تعلّم المشي وغيرها من المهارات.

كما أن مؤيدي هذا الاتجاه يعتمدون على أن البشر يتعلّمون اللّغة بيسر وبسرعة أثناء فترة معينة من الارتقاء البيولوجي من الطفولة إلى البلوغ، حيث يستطيع الطفل تحقيق طلاقة المتكلّم الأصلي لأي لغة أو أكثر من لغة.

أما بعد البلوغ، فيصعب اكتساب لغة أخرى، ولكن لا يكون الأمر مستحيلاً. ويدعم موقفهم كذلك أنه في حالة اضطراب الكلام الناتج عن إصابة مخية لدى الأطفال الصغار، فيمكن لمقدرتهم اللغوية أن تعود إلى حالتها بسرعة وبشكل كامل تقريباً. أما إذا حدثت الإصابة المخية بعد البلوغ، فإن مآل اللّغة إلى التحسن يكون ضئيلاً.

ويقف في وجه هذا الاتجاه أن هذا الاستعداد الوراثي لا يجدي إذا عزل الطفل بعد ولادته في بيئة فقيرة أو محرومه من المثيرات الكلامية. وكذلك فإن اكتساب الطفل اللّغة المحيطة به فقط يظهر دوراً للبيئة أكبر مما يعطيه هذا الاتجاه. وحتى أن اكتساب البالغ للغات الأخرى يعطي كذلك دوراً أكبر للغة مما يعطيه هذا الاتجاه.

٢ - الاتجاه السلوكي (Behaviorist Approach):

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن مبادئ التعلّم يمكن أن تفسّر اكتساب وارتقاء اللغة، ويرون أن اكتساب اللّغة مشابه لاكتساب باقي المهارات حيث يعتبرونه نتاج تشكيل البيئة. وهم يرون أن الطفل يولد بمعدل معين وقدرة على التعلّم. وتهذّب هذه القدرة عن طريق البيئة فتعزز الاستجابات الصحيحة فتأخذ مكانها في الدماغ أو تعزز سلبياً فيتم إسقاطها.

ويعتبر سكنر (Skinner) من أهم الآخذين بهـذا الاتجاه، ويميّز بين ثلاث طرق يتم بها تشجيع تكرار استجابات الكلام.

١ - وفيها قـد يستخدم الطفل استجابات ترددية حـيث يحاكي صوتاً يقوم به آخرون، يظهـرون التأييـد فوراً. وتحتـاج هذه الأصوات لأن تتم في حضور شيء قد ترتبط به.

٢ - وتتمثل في نوع من الطلب أو استجابة تبـدأ كصوت عشوائي، وتنتهي بارتباط هذا الصوت بمعنى لدى الآخرين. والاستجابة الترديدية يتبعها غالباً تعـبيرات طلب، حيث يلجأ أحد الوالدين بعـد أن يستمع للطفل وهو يردد «مـاما أو بابا». إلـى اسـتـخدام هذا الـتعـبيـر لتكوين كلمـة وتشجيع الطفل على تكرار التلفظ بالكـلمة، وبمجرد أن يتم غرس هذا الصوت بقوة يصبح بالتدرج مرتبطاً بأحد الأشياء.

٣ - تظهر الاستجـابة المتقنة بحيث يتم القيام بإحدى الاسـتجابات اللفظية عن طريق المحـاكاة عـادة في حضـور الشيء ويكافـأ الطفل بالتأييـد، ولذلك يرجع ظهور الاسـتجابة ثانيـة. ويمكن ملاحظة أهمية حـضور أشخاص آخرين.

إذ بدون وجود أحـد حول الطفل يُظـهر له التأييـد أو يقيس دقـة التلفظ بالكلمـات، فـإن هذه التلفظات لا تلبث أن تسـتـبعـد بعـد قليل (تشـايلد ١٩٨٣ ص ١٧٥ مترجم).

وفق هذه النظرية، فإن الطفل يتلفظ الكلام، والجمل، والعـبارات مباشرة

عن طريق التقليد، وبعد ذلك تتأكد من خلال التدعيم.

إن اعتماد هذا الاتجاه على التقليد والتعزيز في اكتساب اللّغة يواجه بانتقادات شديدة منها:

١ - كيف تفسر النظرية تعلّم الإنسان أشياء لم يعزز عليها.

٢ - كثرة التعزيز تفقد التعزيز أهميته، وتنتج طفلاً مدللاً، وتولّد لدى الطفل اعتماداً دائماً على التعزيز. فإذا توقف التعزيز توقف السلوك.

٣ - إن اعتماد هذا الاتجاه على نموذج: مثير - استجابة - تعلّم، يثير الشك. فنحن نتعلّم سلوكات كثيرة مخالفة لهذا النموذج، كأن نتعلّم سلوكات غير مرغوب فيها على الرغم من التعزيز السلبي أو العقاب.

٤ - قولهم: ذكاء + بيئة = تعلّم، غير دقيق فمثلاً الحيوانات عندها درجة من الذكاء وتحيط بها بيئة. فما الذي يمنع الفرد من اكتساب اللغة؟ حيث يظهر لنا من خلال هذه المعادلة إغفال تام لدور العمليات الداخلية.

٥ - اعتبار عملية التعلم عملية ميكانيكية تعتمد على المثير والاستجابة، فكيف تفسر هذه النظرية كوننا قادرين على إنتاج جمل لم نسمعها من قبل وفهم عدد كبير من الجمل لم نمارسها، إذاً فالعملية ليست مقتصرة على التكرار والتقليد وما عُززنا عليه في اكتساب اللّغة.

وباختصار، فإن هذا الإتجاه عجز عن:

أ - تفسير الإبداع: لأنه ليس تكراراً لما يقال وإنما ينتمي إلى

عمليات ذهنية أعلى تعتمد على ربط الخبرات واستنتاج الجديد.

ب - إسقاط الخطأ من الدماغ بعد تعلّمه، فلو تعلّم طفل مهارة معينة عن طريق التقليد والتعزيز، فإنه يسقطها مستقبلاً عند تعلّم الخبرة الصحيحة. وهذا يعني أن الخبرات التي يكتسبها الطفل عن طريق التعزيز هشّة وقابلة دوماً للتغيير أو النسيان.

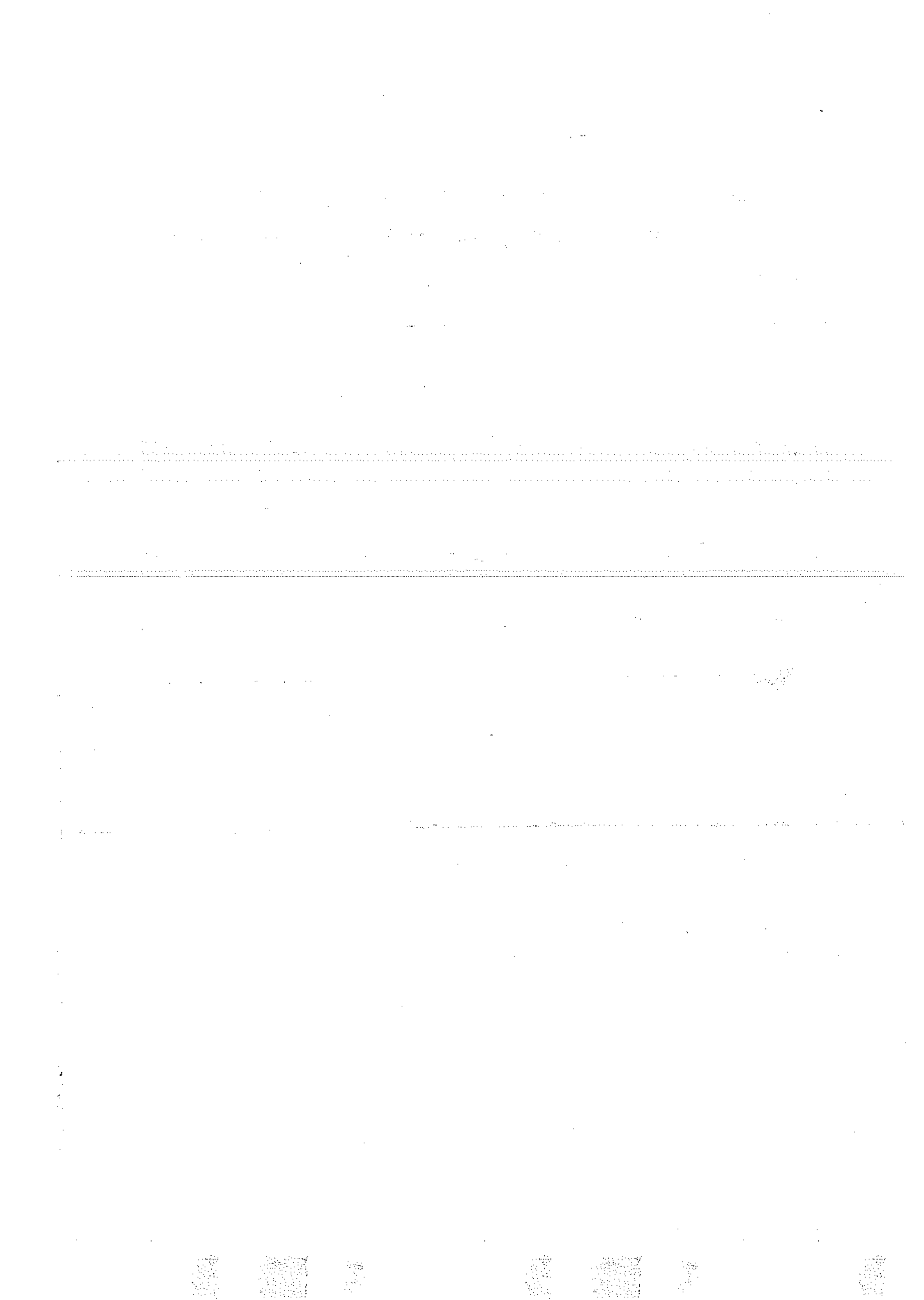
ج - تعلمنا وفهمنا أشياء لم نسمعها من قبل.

د - تفسير دور الفروق الفردية وأثره على اكتساب الأطفال لغتهم.

وبرغم هذا التعارض الواضح بين الاتجاهين السابقين في تفسير اكتساب اللغة، فإن التوفيق بينهما أمر ممكن. فمعظم المنظرين المعاصرين، يعترفون بأن البشر مجهزون بيولوجياً لتعلّم اللغة، غير أن الخبرات التراكمية باللّغة تمثل شرطاً لاكتسابها، وإن كان دارسو اللغة لا يتفقون حول المدى الذي يعتمد عليه الطفل مباشرة في تعلّم اللّغة.

وكرأي وسط يجمع بين هذين الاتجاهين، فإننا لا ننكر دور العمليات الداخلية، وهي ما نطلق عليه الاستعداد الوراثي الذي يميّز البشر عن باقي الكائنات الحية، ولكن دون النظر إلى أن هذا الاستعداد عبارة عن قوالب جاهزة للّغة. وكذلك لا ننكر دور البيئة في التعامل مع هذا الاستعداد لتشكيل اللّغة ونعترف بدور التقليد والتعزيز ولكن دون أن نعزي كل أشكال التعلّم لهما حتى نعطي دوراً لتفاعل الخبرات والقدرات المختلفة في الإبداع. ومما يجدر التنبيه له أننا لسنا في هذا المقام بصدد وضع حلول

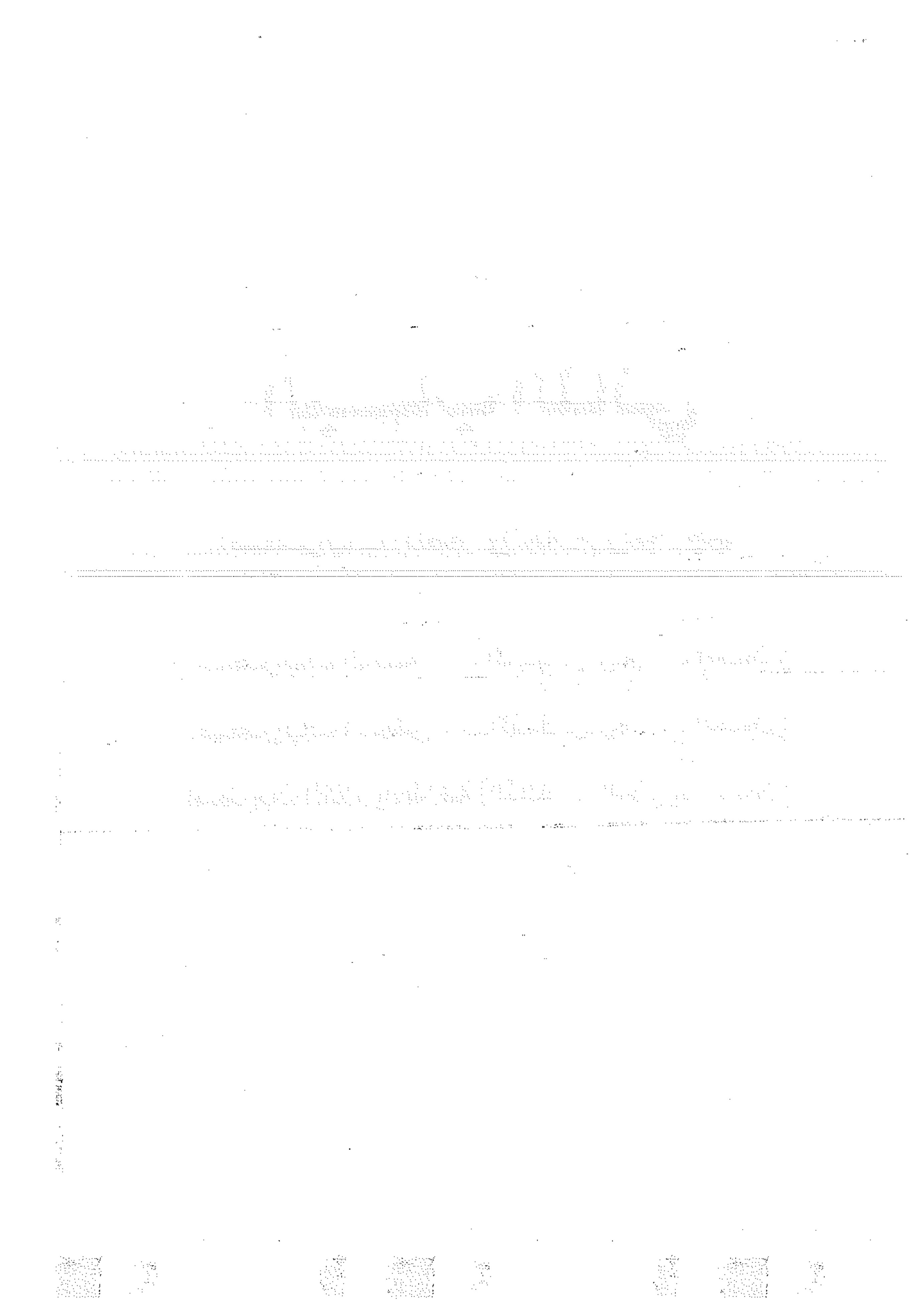
للمعضلات التي واجهت كلا الاتجاهين، إذ إن المجال مفتوح أمام الدراسات لمناقشة هذه المعضلات ووضع الحلول المناسبة لها.



الباب الثاني

اضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

- اضطرابات اللغة ... التقييم ... العلاج
- اضطرابات النطق ... التقييم ... العلاج
- اضطرابات الكلام والطلاقة (التأتأة) .. التقييم .. العلاج



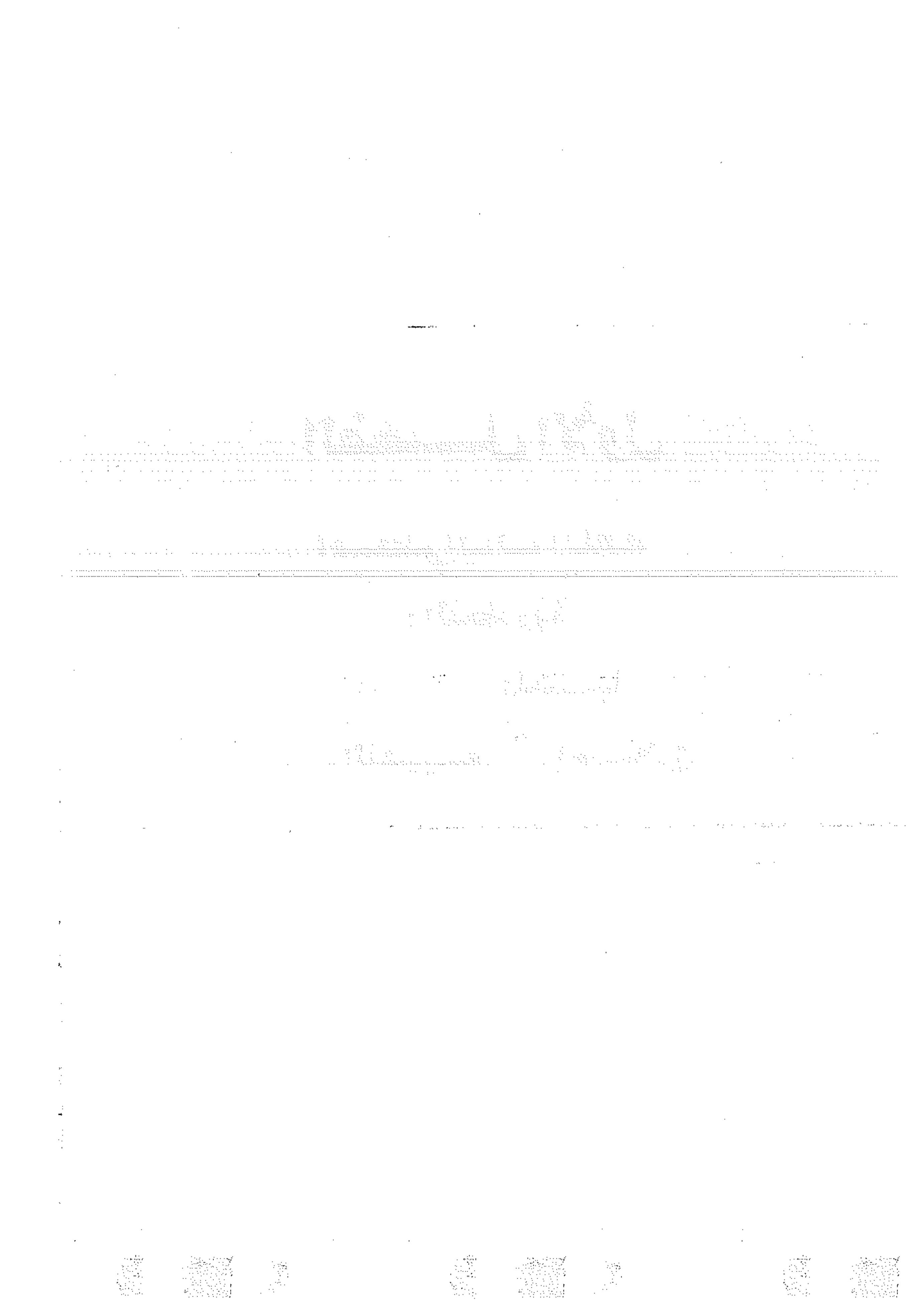
الفصل الأول

اضطرابات اللغة

- التطورية

- المكتسبة

... التقييم ... العلاج



١ - اضطرابات اللّغة عند الأطفال (التطورية)

تحدثنا في الباب الأول بفصوله الثلاثة عن تعريف اللغة بمفهومها الواسع وتعرفنا جوانبها ومستوياتها المختلفة ، ومن ثم عرضنا لمراحل اكتساب اللّغة وتطورها وعن أماكن تمركز اللّغة في الدماغ وهي ما يطلق عليها مراكز اللّغة (Langaage Centres) وبما أننا عرضنا إلى الوضع الطبيعي للغة في الدماغ، وإلى مراحل تطورها عبر الزمن لدى الأطفال، لذا فقد أصبح بمقدورنا الولوج إلى عالم الأوضاع غير الطبيعية التي قد تعترض تطور اللّغة بجوانبها المختلفة، ولعلّ باب اضطرابات اللّغة من أوسع الأبواب في الاضطرابات التي قد تصيب أداة التواصل وهي اللّغة حيث إننا سنلاحظ أنها ستضيق وتصبح أكثر وضوحاً وتحديداً عندما نتحدث عن الاضطرابات الخاصة بالنطق والكلام.

نستطيع القول: إن اضطرابات اللّغة وتطورها مرتبطان ارتباطاً وثيقاً، حيث إن قياس الاضطراب أو التأخر، يكون بالمقارنة مع الوضع الطبيعي للتطور، وبالتالي فإن معرفة مراحل التطور الطبيعي للّغة، تعتبر نقطة ارتكاز لنا في تحديد الاضطراب من حيث مدى التعقيد. وفي تحديد الجزء المفقود لدى المريض من اللّغة، وبالتالي تحديد الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع هذا الاضطراب. إن اضطرابات اللّغة مصطلح عام، ونجد عدداً

من المصطلحات المتداولة بين المهتمين في هذا الحقل للتعبير عنها، ومن هذه المصطلحات: التأخر اللغوي (Language Delay)، والعجز اللغوي (Language Deficit)، وحتى يعتبر الطفل متأخراً لغوياً، فيجب أن تكون جوانب النمو المختلفة من مثل: الجانب الوجداني، والعضلي، والعقلي واللغوي، قد تمت بشكل متوازن، ولكن مع وجود تأخر ملحوظ في النمو اللغوي دون وجود جوانب لغويّة سليمة وأخرى متأخرة. وحتى نحدد ما إذا كان الطفل متأخراً لغوياً، فإننا نقارن وضعه الحالي بالوضع الطبيعي حسب المعايير المستخدمة. ولكن يجب أن نضع في الحسبان الفروق الفردية، ودورها في ظهور الاختلافات في النمو والتطور بين الأطفال.

* السمات العامّة للطفل المتأخر لغوياً

يظهر الطفل المتأخر لغوياً مختلفاً عن الطفل الطبيعي من خلال بعض الجوانب، بحيث يصبح هذا الاختلاف صفات تميز الطفل المتأخر لغوياً عن غيره من الأطفال.

١ - **مشكلات اللغة الاستيعابية:** وتظهر هذه المشكلات من خلال المؤشرات الآتية:

أ - فشل الطفل في فهم الأوامر التي تلقى عليه بواسطة من يكبروه سناً وعجزه عن التعامل معها، وذلك كأن يطلب إلى الطفل

إحضار شيء فيستجيب الطفل بصورة يظهر من خلالها أنه لم يفهم ما طلب إليه. وحتى يعتبر هذا التصرف أو السلوك مؤشراً على التأخر اللغوي، فيجب أن يكون سلوكاً متكرراً، وغير مرتبط بموقف معين أو بموقف دون آخر.

ب- ظهور الطفل وكأنه غير منتبه، ويبدو للآخرين أنه لم يسمع ما يطلب إليه علماً أن سمعه طبيعي.

ج - إظهار الطفل صعوبة في فهم الكلمات المجردة.

د - قد يخلط الطفل في مفهوم الزمن، كأن يقول: ذهبنا إلي السوق غداً.

٢ - مشكلات اللّغة التعبيرية.

أ - يظهر الطفل مقاومة للمشاركة في الحديث أو الإجابة عن الأسئلة، حيث يرفض الطفل الكلام عندما يطلب إليه ذلك.

ب- المحدودية في عدد المفردات التي يستخدمها الطفل، وكذلك اقتصار إجاباته على عدد معين من الأنماط الكلامية في كل كلامه.

ج - يكون كلام الطفل غير ناضج، بحيث يظهر كلامه أقل من عمره الزمني.

د - عدم قدرة الطفل على استغلال خبراته السابقة، بحيث يظهر كلامه متقطعاً.

٣ - السمات الاجتماعية والوجدانية.

أ - تظهر لدى الطفل مشكلات في التعامل مع أصدقائه، فقد يظهر عدوانياً أو منعزلاً.

ب- تظهر لدى الطفل رغبة في اختيار أصدقاء له ممن هم أقل من عمره.

ج - قد تبدو عليه بعض علامات الإحباط.

٤ - السمات الجسمية:

يظهر الطفل المتأخر لغوياً بمظهر طبيعي، ولا يختلف عن الآخرين، غير أنه قد يعاني من مشكلات في نمو الأسنان، أو من انشقاق الحلق (Cleft Palate) وقد يعاني من الحساسية المفرطة في الجهاز التنفسي، وكذلك تعرضه للإصابة بنوبات برد متلاحقة، وقد يعاني من فقدان السمع، أو إفراز اللعاب بشكل ملحوظ.

عزيزنا القارئ، سوف نلتزم بأسلوب موحد إلى درجة ما في عرضنا لجميع الاضطرابات وسيقوم هذا العرض على:

١ - تعريف مفهوم الاضطرابات وما يتفرع عنه.

٢ - عرض لعملية التقييم وما يتفرع عنها.

٣ - عرض لاتجاهات العلاج وما يتفرع عنها.

وقد نلجأ في بعض الأحيان إلى تفصيل اتجاه دون آخر في التقييم أو في العلاج إذا أسعفتنا خبراتنا في ذلك، وإلاّ سنلتزم العرض دون تحيُّز ونرجو أن يكون هذا حافزاً للدارسين، لإقامة الدراسات وذلك من أجل عرض هذه المناهج في التقييم والعلاج، بشكل قائم على نتائج حقيقية، مما يسهل على المهتمين في هذا الحقل التعامل مع هذه المناهج بسهولة ويسر.

الاضطرابات اللغوية: تعريف

وضعت تعاريف كثيرة لهذه الاضطرابات، ولكن سنكتفي بعرض تعريف وضعه آرام (Aram) وذلك كونه شمل جوانب وعناصر الاضطراب اللغوي إلى درجة كبيرة. مما جعلنا نعتقد بأن هذه التعريف على وجه الخصوص شاف وناجع ويقول آرام في تعريفه: إن الاضطرابات اللغوية تتضمن الأطفال الذين يعانون من سلوكات لغوية مضطربة، تعود إلى تعطل في وظيفة معالجة اللّغة، التي تظهر على شكل أنماط مختلفة من الأداء، وتتشكل بواسطة الظروف المحيطة، في المكان الذي تظهر فيه.

ولو دققنا النظر في هذا التعريف، فسنلاحظ أنه يتكوّن من خمسة عناصر وحتى يتوضح لنا، فسوف نناقش مفرداته كلاً على حدة:

العنصر الأول: الأطفال

عمر الطفولة هو العمر الذي يمتد منذ الولادة وحتى سن البلوغ ومن وجهة نظر لغوية، فإن الطفل يكتسب مكونات اللغة عند عمر الخامسة بحيث يكون مهيئاً لدخول المدرسة. ولكن يعتبر سن الثانية عشرة هو الفترة الحرجة في عمر الطفل، بحيث ينتقل فيه إلى سن البلوغ، وحتى نميز بين الأطفال الذي يوصفون بأنهم مضطربون لغوياً، وبين البالغين الذي يصابون باضطراب لغوي، هو أن الأطفال يظهر لديهم الاضطراب في سن مبكرة وقبل اكتمال تطور اللّغة. ويتطور لديهم الاضطراب مع مرور الزمن، ولهذا السبب يوصف اضطرابهم اللغوي بأنه تطوري (Developmental)، أما البالغون فيظهر لديهم الاضطراب اللغوي، بعد أن يكونوا قد اكتسبوا اللّغة بجميع جوانبها ولهذا يوصف اضطرابهم اللغوي بأنه مكتسب (Acquired) وانطلاقاً من هذين الوصفين، فقد قسمنا هذا الفصل إلى جزئين وهما: الاضطراب اللغوي التطوري، وهو ما نناقشه الآن: والاضطراب اللغوي المكتسب أو الاضطراب العصبي اللغوي (Neurolinguistic) وهو ما سيتم تغطيته في الجزء الثاني من هذا الفصل.

من الممكن تقسيم الأطفال الذي يصابون باضطرابات لغويّة إلى قسمين وهما:

أ - أولئك الأطفال الذين تضطرب لغتهم في الفترة الأساسية لاكتساب اللّغة، وهي ما قبل سن الخامسة، حيث يظهرون في بداية حياتهم تطوراً طبيعياً ولكن لسبب ما، فإن تطور اللّغة عندهم يتعرض للإعاقة والتأخر. ومن المحتمل أن يكون السبب في هذه الإعاقة، هو التعرض لحادث، أو أي سبب عصبي، أو فيروسي، وقد يعود لارتفاع مفاجئ في ضغط الدم أو لارتفاع مفاجئ في درجات الحرارة.

ب - أولئك الأطفال الذين تضطرب لغتهم بعد الفترة الأساسية لاكتساب اللّغة، أي من سن الخامسة وحتى سن الثانية عشرة، وهذا يعني أن أصابتهم بالاضطراب اللغوي تسبق وصول الطفل سن البلوغ.

العنصر الثاني: السلوكات اللغوية المضطربة

إن اطلاقنا الحكم بأن لدى الطفل سلوكات لغوية مضطربة، يجب أن يستند إلى حقائق مدروسة مثبتة من مثل الاختبارات المعيارية المرجع، حيث تتم مقارنة نتائج الاختبارات والتي تظهر وضع الطفل الحالي مع الوضع الطبيعي لتطور اللّغة عند الأطفال. وكذلك فقد يستند حكمنا على التوقعات العلمية المدروسة لتطور اللّغة عند الأطفال والظروف المحيطة بهم.

بما أننا نتحدث عن سلوكات لغوية مضطربة، فهذا يعني أن هذه

الاضطرابات تقع ضمن مستويات اللّغة وهي:

١ - الشكل (Form) يشتمل على:

أ - النحو (Syntax)

ب - الصرف (Morphology)

ج - الفنولوجي (Phonology)

٢ - المحتوى (Content) ويشتمل على المعنى (Semantics)

٣ - الاستخدام (Use) ويشتمل على استخدام اللّغة في الواقع المعاش (Pragmatics).

وسوف نعرض الآن باختصار لما يصيب هذه الجوانب من اضطرابات حيث سنعرض لها كما تم ترتيبها في هذه الفقرة.

١ - النحو والصرف : وتظهر فيهما الاضطرابات على هذا النحو

٢ - التعامل مع ضبط الكلمات، ومدى موافقتها للجنس وحالة الكلمات من حيث الإفراد والتثنية والجمع.

٣ - كيفية استخدام الكلمات الوظيفية (Functional Words) من مثل حروف العطف.

٤ - شكل الجمل من حيث السهولة والتعقيد.

ب - **تنسيق الأصوات (الفنولوجي)**: وتظهر الاضطرابات فيها على النحو الآتي:

١ - عدم القدرة على نطق الأصوات منفردة.

٢ - عدم القدرة على نطق الأصوات ضمن وحدات من مثل المقاطع والكلمات.

٣ - ظهور بعض المشكلات النطقية.

ج - **المعاني**: وتظهر من خلال الاستخدام الخاطئ للكلمات من حيث المعنى، وذلك في العلاقات القائمة بين الكلمات في درج الكلام من مثل التضاد والترادف. وتظهر كذلك في العلاقات القائمة بين الجمل من مثل اعتماد جملة على أخرى، أو نفي جملة لأخرى.

د - **استخدام اللغة**: وتظهر في استخدام مهارات المحادثة من مثل الأدوار في الحوارات المختلفة، واللباقة في المشاركة في هذه الحوارات، والانتباه لما يقال، وكذلك في استخدام الإشارات عند الضرورة، والحديث ضمن الموضوع، وكذلك تظهر في كيفية استخدام الكلام المناسب في الوقت المناسب.

العنصر الثالث: ارتباط السلوكات المضطربة في وظيفة معالجة اللغة
(Language Processing)

غالباً ما يكون منشأ السلوكات على اختلاف أنواعها في الدماغ. ومن

هذا المنطلق فقد نشأت نماذج مختلفة تحاول رسم تصور لكيفية حصول السلوك اللغوي في الدماغ، وكذلك المراحل التي يمر بها، وبالتالي فإن هذه النماذج تمتلك القدرة على إعادة وربط السلوكات اللغوية التي يمكن ملاحظتها بالعمليات الداخلية في الدماغ، وإن إصابة أي جزء من خط سيرتكوّن هذا السلوك، ينعكس على شكل اضطراب في اللّغة. وسوف نتناول النموذج الذي طوره آرام (Aram) ويطلق عليه نموذج معالجة اللغة عند الطفل (Child Language Processing Model)،ويهدف هذا النموذج إلى ربط نتاجات اللّغة (Linguistic Outputs) بالعمليات الداخلية، وذلك بإيجاد علاقات منطقية فيما بينهما، ويتكون هذا النموذج من ثلاث وحدات أساسية مترابطة، معتمدة على بعضها البعض.

الوحدة الأولى: انتقال الكلام (Speech) إلى لغة (Language) وتعتبر هذه العملية سابقة لمعالجة اللغة وذلك لعدم وجود عمليات معقدة فيها. وتتكون من جزئين:

أ - **الإحساس** (Sensation): ويتمثل هذا الجزء في قدرة الطفل على سماع الرسالة الصوتية (Acoustic Message)، حيث يستجيب الطفل لشدة وتردد المثير السمعي، فإذا لم يستجب الطفل لهذا المثير بشكل مناسب، فإنه يتولد احتمال بوجود مشكلة في القدرة السمعية لدى الطفل، ومن هنا فإن الإضطراب الإحساسي (Sensation Disorder) يقصد به، عدم قدرة الطفل على الإستجابة للمثير السمعي.

ب - **عمليـة إدراك وفهم الكلام** (Speech Perception): ويفسـر هذا الجزء تحول المادة السمعية إلى شـيفرة كلامية (Speech Code) ويتكون هذا الجزء من خمس عمليات.

١ - **الانتباه السـمعي** (Auditory Attention): وتعبر هذه العملية عن قدرة الطفل على التفريق والإختـبار للأصوات المسموعة. حيث إن المثير السـمعي يستوجب حدوث انتبـاه خاص لمعرفة ما يقال، وحتى تتم هذه العملية، فلابد أن يكون المثير السمعي هو الأساس في تـركيز الطفل، فـلا يكون منشغـلاً بمثيـر آخر، وكما سيأتي فإن الإنتباه هو العنصر الأساسي في عملية التعلم وهو العنصر الأول الذي يبني عليه المعالج برنامجه التدريبي.

٢ - **المعـدل السمـعي** (Auditory Rate): وتعـبّر هذه العـمليـة عن قدرة الطفل على مـتابعة المثيـرات السمعيـة حسب سرعتـها. ويظهر هذا من خلال متابعة الطفل وانتباهه لما يقال.

٣ - **التـمييـز السمـعي** (Auditory Discrimination): وتعبـر هذه العمليـة عن قدرة الطفل على التمـييز بين الأصوات الكلامـية وغير الكلامـية، كأصوات الأشـياء المحيطة في البيـئة من مثل أصوات السيارات.

٤ - **الذاكرة السمعية** (Auditory Memory): وتعبر هذه العملية عن

قـدرة الطفل على الاحـتـفـاظ بالرسـالة السـمـعـيـة، وبالتـالي التـعامل مـعـهـا بالشـكل المطلوب، ومن خلال هـذه العمليـة نستـطيع معـرفة مدى قـدرة الطفل على التـعامل مع المثـيرات السمعية عندما تتدرج في التعقيد والصعوبة.

٥ - **التنسيق السمعي** (Auditory Sequencing): وتعبر هذه العملية عن قـدرة الطفل على ترتيب المثـيـرات السـمـعـيـة ونقلهـا إلى المراحل العليا في معالجة اللغة بنفس الشكل الذي وصلت به.

من خـلال استـعراض الوحـدة الأولى في هذا النمـوذج وما حـدث في جـزئياها وهي الإحـسـاس والإدراك، ومـا تفـرع عن الإدراك من عمليـات سمعية مختلفة، فـقد تم تحويل الكلام المسموع إلى مادة خام بنفس الشكل الذي وصلت به وهذه المادة الخام هي اللّـغة وهي الآن جاهزة للمعـالجة في مراحل متقدمة.

الوحـدة الثـانيـة: انتقـال اللّغة إلى فكرة (Thought) وعودتهـا إلى لغة. وتتكون هذه الوحدة من أربع مراحل وهي:

أ - الإعادة للكلام واللّغة (Speech and Language Repetition):

وهي المرحلة الدنيـا في هذه الوحـدة، وتعبـر عن قـدرة الطفل على إعادة مـا يسمع، وقـد تتوقف الرسالة السـمـعـية عند هذه المرحلة، ومن هنا فـإذا استـمر الطفل في إعـادة ما يسـمع دونما فـهـم وإستـيـعاب، فـإن الصلة بين هـذه المرحلة وما يلـيهـا من

مراحل تكون مقطوعة، وهنا تكمن المشكلة، حيث يظهر كلام الطفل على أنه صدى لما يسمع وليس أكثر.

ب- الاستيعاب (Comprehension): حيث يتم في هذه المرحلة تحليل للعناصر اللغوية التي تتكون منها الرسالة، وتظهر قدرة الطفل على التعامل مع الأوامر بشكل صحيح في هذه المرحلة.

ج - التكامل (Integration): وتعبر هذه المرحلة عن قدرة الطفل على التعامل مع الرسالة اللغوية، بالاستفادة من المدخلات القادمة عبر الحواس الأخرى، وكذلك من المخزون الذي تكون لدي الطفل عبر الزمن، وفي هذه المرحلة تتكون الأفكار ويتم تحويل اللّغة إلى فكرة، وتظهر القدرة على التحديد، فإن القدرة على فهم التعليمات ما هو إلا تجريد للغة والتعامل معها بشكل منطقي خارج عن كونها رموزاً صوتية.

د - صياغة اللغة وتشكيلها (Language Formulation): إن ما يتم في هذه المرحلة هو التعامل مع الأفكار المجردة التي تم بناؤها في مرحلتي الفهم والتكامل بحيث تتم عملية استرجاع الكلمات على شكل معاني مجردة من المخزون المعرفي لدى الطفل، وهنا تبدأ عملية صف وتنسيق الكلمات بشكل مقبول منطقياً وصحيح نحوياً (well-Formed) ويعني هذا تحويل الفكرة المجردة إلى رسالة لغوية ذات معنى ، ويجدر بنا أن نتذكر أننا في هذه العملية ما زلنا داخل الدماغ، أي أنها عمليات داخلية

(Underlying Processes) وأنهـا غير مـسمـوعة، فنحن مـازلنا نتعامل مع لغة وأفكار وليس كلاماً ونطقاً.

الوحـدة الثـالثـة: تحـويل اللّغة إلـى كلام: وهذه هي المرحلـة النهائيـة، وتعـتبـر عمليـة تنسيق مـا بعد لغـوية (Postlinguistic) حيـث إن الشيـفرة اللّغويـة التي تم تجهيـزها في الوحدة الثـانية، تتـحول إلى تتابعـات حركـية بإستخدام العضلات، وتتضمن هذه الوحدة مرحلتين وهما:

أ - **برمجـة الكلام (Speech Programming):** وتصل الرسالـة اللغوية المحكومة بشكل نحوي ومعنوي صحيحين، ليتم تزويدهما بالشيفرة الفنولوجيـة (Phonologic Code) ويتم تحـويل هذه الشـيفـرة من الصورة الذهنيـة، إلى أوامر حركية ضـرورية لإنتاج الكلام، وهكذا فإن برمـجة الكلام عـملية نشطة في اسـترجاع وتنسـيق الفونيـمات وكذلك فـهي نشطة في تحويل هذه الفونيـمات إلى أوامـر حركـية جـاهزة للتنفـيذ، وهذا يعنـي أننا مـا زلنا ضـمن نطاق العـمليـات الداخلية.

ب - **إنتـاج الكلام (Speech Production):** وتتـضـمن هذه المرحلة مجـموعة الأصوات العـصبحركـية (Neuromotor Events) اللازمة لإنتـاج الرسالة الكلامـية التي يريـد المتكلم إرسالهـا. وهذا يعني أن الاستجابة الكلامية المسمـوعة قد بدأت ضمن تنسيق عضلي حركي مرتب.

الوحدات الملحوظة في هذا النموذج (Obsarvable Units):

إن المتوقع من هذا النموذج، هو أن يقدم لنا تصوراً لما يحدث أثناء عمليات تشكل السلوك اللغوي، عندما يستجيب الطفل لمثير ما، وكذلك عندما يبادر بدون أن يكون كلامه استجابة للآخرين.

١ - الاستجابات التي توحي بطريقة معالجة المدخلات.

عند الاستماع إلى الكلام، فإن الطفل يستقبل مدخلات سمعية إلى جانب مدخلات حسيّة أخرى ذات أهمية في تفسير الرسالة الكلامية، وبالتالي فإن استجابات الطفل لمستويات لغوية مختلفة، ترتبط بمراحل معالجة مختلفة. وهذا يعني أن:

أ - الاستجابة إلى المدخلات الفنولوجية هي نتيجة لإدراك الكلام (Speech Percepition).

ب - الاستجابة إلى المدخلات النحوية تنتج عن استيعاب اللغة Language Comprehension.

ج - الاستجابة إلى المدخلات المعنوية تنتج عن - استيعاب اللغة (Language Comprehension) وتكامل اللغة (Language Integration).

د - الاستجابة إلى المدخلات الاستخداميّة تنتج عن تكامل اللغة Language Integration.

٢ - الاستجابات التي توحي بعمليات معالجة المخرجات (Outputs).

إن استجابات الطفل قد تكون لفظيـة، وقد تكون غير لفظية، ومن خلال هذه الاسـتجـابات، يستطيع الملاحظ أن يستـدل إلى مدى سـلامة مـراحل المعالجة المختلفة لدى الطفل اعتمـاداً على ما يقول أو يفعل، ولتوضيح هذه الفكرة إليك هذا المثـال: لو قلت لطفل: كيف حـالك؟ فإذا سمـعت الطفل يجيب: بخير والحمد لله، فإنك تستدل على أن وظيفة التكامل بحالة جيدة، حيث إن وظـيفة التكـامل هي في أعلى هرم كيـفيـة التعامل مـع المدخلات اللغـوية. وبالتالـي فإن باقي العـمليـات غيـر مصـابة بعطب، أمـا بالنسبـة للإستجابة غير اللفظية فإليك هذا المثـال: إذا سألت طفلاً عن مكان حقيبته. وأشـار إليهـا، فـهذا يـعني بالضرورة أن وظـيفـتي التكامل والاسـتيـعـاب صالحتان. وبالتالي فإن كل مستوى مـن مستويات اللغة الخاصة بالمخرجات تختص به مرحلة من مراحل معالجة اللّغة، وهي على النحو الآتي.

أ - المخرجات الفنولوجيّة - البرمجة (Programming).

ب - المخرجات النحوية - الصياغة (Formulation) والتكامل (Integration).

ج - المخرجات الاستخدامية - التكامل (Integration).

ويجـدر بنا أن نتعـرف مدى أهـميـة إيجاد وسـيلة نسـتطيع من خلالهـا ملاحظة استجابات الطفل للغة، واستخدام الطفل للغة وهذا ويعني التعامل مع جـانبي اللّـغـة وهمـا الاسـتيـعـاب (Comprehension, Reception)، والإنتاج (Production)، حتى نستطيع تحديد مكان الخلل والاضطراب.

العنصر الرابع: تظهر الاضطرابات اللغوية على شكل أنماط مختلفة من الأداء اللغوي، حيث إنها تختلف من طفل لآخر وفي الطفل نفسه أحياناً، ومن هذه الأشكال:

أ- **العجز غير المحدد في التشكيل والصياغة (Formulation)** والإعادة (Repetition) ويظهر الأطفال ضعفاً في جميع القدرات اللغوية، غير أن الاضطراب يظهر بشكل واضح في الجانبين المذكورين.

ب- **الضعف العام في الأداء (General low Performance)** حيث يظهر الأطفال ضعفاً عاماً في كل المهارات، ويوجد لدينا مجموعتان في هذا الاضطراب.

١ - الأطفال في عمر الثالثة فما دون، ويظهرون ضعفاً في المهارات اللغوية.

٢ - الأطفال في عمر ما بعد الثالثة، ويعانون من تخلّف عام ويتميزون بمستوى لغوي أدنى من المجموعة الأولى.

ج - **الميل إلى الإعادة (Repetition Strength):**

حيث يعيد الطفل كل ما يسمع، دون فهم لما يعيد، فيظهر كلامه كالصدى وغالباً ما يصاحب هذا النمط حالات من الضعف العام.

د - **العجز الاستيعابي (Comprehension Deficit):**

يتميز الأطفال بمستوى ضعيف في الاستيعاب مع بقاء جوانب ومهارات اللغة صالحة. غير أن تأثير العجز الاستيعابي يظهر على باقي المهارات.

هـ - **العجز المحدد في الصياغة والإعادة** Specific Formulation- Repetition Deficit:

العنصر الخامس: تشكيل الأنماط بالظروف البيئية المحيطة. وتقسم هذه الظروف إلى قسمين وهما: العناصر الخارجية، يقصد بها العوامل الخارجية عن نطاق الفرد ذاته، من مثل البيئة المحيطة بما فيها من أشخاص . وما يحدثونه من أمور لها تأثيرات على الطفل. وهذا يعني الظروف الاجتماعية المحيطة. أما القسم الثاني، فهو العناصر الداخلية. ويقصد بها العوامل التي تتعلق بالفرد نفسه من مثل الجانب النفسي والوجداني والاجتماعي وكذلك ما يخص النمو.

❋ اعتبارات عامّة في التأخر اللغوي:

أ - إن العمل العيادي مع الأطفال المتأخرين لغوياً يجب أن يرتكز على الوصف التام لقدراتهم على مختلف مستويات اللّغة، وذلك بأن يتم اختبارها وتقييمها على المستويين الاستيعابي والإنتاجي.

ب - العمل على تصميم خطة علاجية قائمة على نتائج التقييم بوسائله المختلفة من اختبارات مقننة، ومقابلات وأخذ العينات اللغوية المتنوعة.

ج - يجب التنبه إلى أن الضعف في الكلام لا يعتبر تأخراً لغوياً، ذلك أن

الكلام يعتمد على ظروف خاصة، كالوضع الاجتماعي، العمر، كما ويجب أن تؤخذ بعض الظروف الاجتماعية بعين الإعتبار في شكل الكلام، هذا بالإضافة إلى أن الضعف في الكلام قد يكون مشكلة نطقية (Articulatory) وليس تأخراً لغوياً.

د - إن وجود الاضطراب اللغوي لا يحدد من خلال معرفة السبب، حيث إن عمل المعالج هو التعامل مع الأعراض، وهذا لا يعني أن معرفة الأساليب لا تقدم أي فائدة، فمن خلال تحديدها ومعرفتها نأخذ بعض المؤشرات للتعامل مع الأعراض الظاهرة.

هـ - إن التأخر اللغوي يعزز مؤثرات تعمل على إدامة وجوده، بالإضافة إلى مشاركة التأخر اللغوي مع أعراض أخرى مما يساعد على ثباته لفترة طويلة، ومن هذه الأعراض، المشكلات التواصلية والنفسية والإجتماعية، مما يحيط الطفل في بيئته.

التقييم (Evaluation)

لتحديد أي اضطراب، ولوضع الاستراتيجية المناسبة للتعامل معه، لابد من وضع آلية توصلنا إلى هذا الهدف، وهذه الآلية هي التقييم.

* المهام الأساسية للتقييم:

١ - تقرير وجود التأخر اللغوي أو عدم وجوده.

٢ - الوصف الدقيق للمستوى الحالي للغة الطفل من حيث نقاط القوة والضعف وذلك بذكر الإيجابيات والسلبيات على حد سواء، لما لهذا الوصف من أهمية كبيرة في وضع الخطة العلاجية.

٣ - تحديد المشكلات ذات الأثر المتبادل مع التأخر اللغوي من مثل الضعف السمعي أو ضعف الوظائف الحركية، أو الضعف العام في القدرات الجسمية. كما ويجب أن يكون التقييم شاملاً، حيث إن شموليته تزودنا بالآتية:

١ - الحصول على وصف دقيق لوضع الطفل اللغوي الراهن في كلا الجانبين، الإنتاجي والاستيعابي.

٢ - القدرة على بناء تصور مستقبلي لسير العلاج (Prognosis)، وعن مدى نجاحه في التعامل مع الاضطراب، اعتماداً على الوصف الدقيق الذي يقدمه التقييم.

٣ - المعلومات المهمة عن جوانب الضعف التي تحتاج إلى تعامل خاص أثناء فترة العلاج من قبل المعالج، وكذلك من قبل الأهل.

٤ - المعلومات الكافية عن بيئة الطفل اللغوية، وبالتالي شكل التفاعل القائم بين الأهل والطفل.

كما وسبق فقد قلنا: إن عالم اضطرابات اللّغة عالم واسع، يصعب تحديده، فنحن نتحدث عن لغة، ضمن وظائف معقدة متداخلة، وهذه الوظائف تتعامل مع مستويات اللّغة بأشكالها المختلفة، ومما يزيد من صعوبة الأمر، أن الاضطرابات التي نحن بصددها، تجري أحداثها ضمن صندوق مغلق،ألا وهو الدماغ، وما زالت الاكتشافات العلمية قاصرة على تزويدنا بالمعلومات الكافية عما يحدث داخل الدماغ أثناء تشكل اللغة ومرورها بالمراحل المختلفة، مما يجبرنا على التعامل مع توقعات تبنى على شكل اللّغة المنتجة، ومقارنتها بالمدخلات، ولعلّ النموذج الذي طرحناه عن كيفية سير العمليات اللغوية، وعن كيفية معالجتها داخل الدماغ يبين مدى صعوبة الإحاطة بما يحصل بالضبط داخل الدماغ.

تم وضع طرق لتقييم اللّغة، وبالتالي الوصول إلى الاضطرابات التي قد تصيبها، وتعتمد هذه الاختبارات على اللّغة التي ينتجها الطفل بجميع أشكالها، لفظية كانت أم غير لفظية. حيث تتم معرفة الاضطراب من خلال معالجة نتائج هذه الفحوص كلاً حسب نوعه.

الاختبارات

يوجد لدينا ثلاثة أنواع من الاختبارات، تحاول الوصول إلى الاضطرابات التي قد تصيب اللّغة. وذلك بتعريض الطفل لها ضمن

ظروف خاصة بهذه الاضطرابات.

أ - **الطرق النفسية** Psychometric

- الإختبارات المعيارية المرجع Norm-Referenced Tests
- الإختبارات المحكيّة المرجع Criterion-Referenced Tests

ب - **الطريقة الوصفية** Descriptive Method

جـ - **الطريقة التكاملية** .Integrative Method

أ - الطرق النفسية

١ - الاختبار المعياري المرجع (Norm-Referenced Test)

ويقوم هذا الاختبار على فحص أداء الطفل اللغوي، ومقارنة النتائج بنتائج سابقة لنفس الاختبار على عينات طبيعية لمعرفة الفرق، حيث تم إعداد فحوصات لهذا الغرض.

٢ - الاختبار المحكي المرجع (Criterion - Referenced):

ويقوم هذا الاختبار بتقييم أداء الطفل أكثر من مرّة. ومقارنة النتائج بعضها ببعض.

وحتى تعتبر الاختبارات السابقة جيدة وقادرة على تقييم الجوانب المطلوبة، لابد أن تتوفر فيها الصفات الآتية.

أ - الثبات (Reliability)

ويقصد بالثبات، إعطاء الاختبار نتائج مماثلة إلى درجة كبيرة، إذا تمت إعادته في ظروف مماثلة، ولمعرفة مدى ثبات الاختبار، فهناك أساليب مختلفة وضعت لهذا الغرض. وهي:

١ - إعادة الاختبار كاملاً (Test - retest): وذلك بأن يعاد إجراء الاختبار على العينة الطبيعية مرتين بحيث يتم استخراج معامل الارتباط بين النتائج، وكلما اقترب المعامل من الواحد الصحيح، كلما كان الاختبار أكثر ثباتاً.

٢ - وضع بدائل للاختبار (Altarnative Forms): وذلك بتجهيز اختبارات تقيس نفس المهارات، ولكن بجزئيات مختلفة، فمثلا لو أردنا قياس مهارة الطلب، فإننا نضع عدداً من الجمل في اختبار، ونغيِّر الجمل في اختبار آخر لقياس نفس المهارة.

٣ - تطبيق الاختبار على مرحلتين (Split half reliability): وذلك بأن نقسم الاختبار نفسه إلى نصفين، ويطبق في وقتين مختلفين، ومن ثم يتم استخراج معامل الارتباط بين النتيجتين.

ب - الصدق (Validity)

ويقصد بالصدق، قدرة الاختبار على قياس ما وضع له، ولمعرفة مدى صدق الاختبار هناك طريقتان.:

١ - صدق المحتوى (Content Validity): وذلك أن تقدم أداة القياس

المادة ذات الاتصال المباشر بالجانب الذي نريد قياسه، فمثلا إذا أردنا قياس التطور على المستوى النحوي، فيجب أن تكون جمل الاختبار ذات اتصال مباشر بالنحو من مثل ترتيب الكلمات في الجملة، وظيفة الكلمة في الجملة، وتتم معرفة صدق المحتوى من خلال خبراء اللّغة، وكذلك من نتائج العلاج المعتمد على نتائج الاختبار.

٢- صدق المعيار (Criterion Validity): وذلك بمقارنة نتائج الإختبار بنتائج اختبارات أخرى وضعت لنفس الغرض.

ج - القابلية للاستخدام (Usability)

وهذا يعني أن يكون الاختبار سهلاً في التطبيق، وأن يكون اقتصادياً في الوقت الذي يحتاجه للإنجاز وكذلك في النفقات. ويساوي الأمور السابقة في الأهمية قدرة الاختبار على إعطاء نتائج واضحة ودقيقة، يمكن التعامل معها من حيث بناء خطط علاجية ناجحة.

تعتبر المقاييس النفسية جيدة لقياس المهارات اللّغوية مفردة، بحيث تستطيع قياس الجانب النحوي، والصرفي، والمعنوي والاستخدامي، ولكن يتم قياس كل مهارة في منأى عن الأخرى، وبالتالي فإن هذه المقاييس تنظر إلى عناصر ومكونات اللغة (Langnage Components) على أنها وحدات منفصلة، وهذا يعني أنها لا تقيس الأداء اللغوي العام (General Linguistic Performence)، ولكن يجب ألا ننسى أنها تتصف بالدقة العالية إذا كانت

تتصف بالصدق والثبات. ولكن يؤخذ عليها أنها تقيس الأداء بالمقارنة مع معيار سابق، وبالتالي فهي تفتقر إلى مراعاة الفروق الفردية، ومما يؤخذ عليها، أنها لا تظهر مدى تعقيد عملية التواصل لدى الطفل، لأ نها تقيس الجوانب التي يمكن قياسها باستخدام هذه المقاييس وتترك الجوانب الأخرى. وبالتالي فلا يمكن الاعتماد عليها وحدها، مما يضطر المهتمين الى إستخدام أساليب أخرى.

ب - الطريقة الوصفية

يقوم هذا الاتجاه على وصف أداء الطفل اللغوي العفوي، والذي يحصل عليه المعالج من خلال إجراء محادثة مع الطفل من أجل الحصول على عينة ممثلة للغته، وحتى تكون العينة ممثلة، فيجب أن تكون المحادثة متعددة المواضيع بحيث تغطي أكبر قدر ممكن من جوانب اللّغة، وكلما نجح المعالج في حث الطفل على إعطاء أكبر قدر ممكن من لغته كان من السهل عليه إصدار الأحكام والنتائج على هذه العينة.

بما أن الهدف المأمول من هذه الطريقة هو الحصول على عينة تمثل كلام الطفل في واقع حياته، فهذا يعني وجوب توفر جوٍّ مريح للطفل، يمكنه من الكلام بأريحية، ودون خوف أو شد عصبي. ولخلق هذا الجو، فعلى المعالج أن يتحلى بما يسمى الحس العيادي (Clinical Sence)، ويقصد بهذا الاصطلاح قدرة المعالج على السيطرة على ظروف الجلسة بحيث تقل المفاجآت بالنسبة له. ذلك أنه يضع تصوراً دقيقاً للجلسه، ويضع كل

الاحتمالات بعين الاعتبار، فلا يظهر متكلفاً، بل على العكس يظهر بمنتهى العفوية أمام الطفل مما يترك لديه شعوراً بالارتياح، وحتى تتم هذه العملية بنجاح، فعلى المعالج أن يعد للجلسة الإعداد اللازم والدقيق، لهذا يفضل أن يجمع المعالج قبل هذه الجلسة المعلومات الكافية عن الطفل، من مثل الأشياء التي يحبها والأشياء التي يكرهها، والمواضيع التي يحب أن يتحدث فيها والمواضيع التي يحجم عن الحديث فيها، بالطبع فكل هذه المعلومات يستطيع المعالج الحصول عليها من خلال المهتمين بالطفل كالوالدين والأخوة. والمدرس أو المدرسة إن كان الطفل في المدرسة. ولا يعتبر هذا كافياً، فعلى المعالج أن يبني جسوراً من المحبة بينه وبين الطفل بحيث يشعره أنه يحبه كما هو، ولعل نجاح التقييم أو العلاج باستخدام أي منهج أو أسلوب يكمن وراء شعور الطفل بقرب المعالج وحبه له كما هو بعلاّته وإيجابياته. لأنه يجب أن نتذكر دائماً أننا نتعامل مع إنسان وليس مع آله. وإلى جانب هذه فنحن نتعامل مع سلوكات تم بناؤها عبر فترة ليست قصيرة ولا نملك حقنة تغير هذا السلوك، وإنما تعتمد على التعامل مع الطفل.

بعد جمع المعلومات، تبدأ عملية الإعداد للجلسة، حيث يطلب إلى المعالج أن يحدد أهدافه، ويحضر الوسائل المعينة له في تحقيق هذه الأهداف، ووضعها في متناول اليد. وهذا لا يعني وضع جميع الوسائل أمام الطفل لأن هذا التصرف قد يخلق تشتتاً (Distraction) لدى الطفل مما يقف عائقاً في طريق تحقيق الأهداف. وحتى يتحاشى المعالج رفض الطفل

التعامل مع وسيلة وضعت لتحقيق هدف ما، فعليه أن يضع أكثر من وسيلة لتحقيق نفس الغرض. وعلى سبيل المثال لا الحصر، لو أراد المعالج معرفة قدرة الطفل على تسمية الأشياء، فهناك عدد كبيرة من الوسائل الممكنة والتي تساعد في تحقيق مثل هذا الهدف. من مثل الصور، والمجسمات والأشياء الموجودة في المحيط، وأعضاء الجسم والملابس إلى غير ذلك من وسائل كثيرة، لهذا فعلى المعالج ألاّ يحدد نفسه بوسيلة واحدة لتحقيق هدف ما، وإلى جانب ذلك فعلى المعالج استخدام وسائل تساعده على أخذ أكبر قدر ممكن من الملاحظات أثناء هذه الجلسة، من مثل جهاز التسجيل، وإذا كان بالإمكان استخدام جهاز التصوير المرئي. وإلى جانب ذلك يفضل الاستعانة برميل أو أكثر، وعلى المعالج أن يتحاشى كثرة الكتابة أمام الطفل لأن ذلك قد يخلق لدية تشتتاً أو خوفاً، لهذا يستطيع زميل آخر القيام بهذه المهمة أثناء جلوسه في مكان لا يراه فيه الطفل، ومن هنا فإن المعالج الناجح، الذي يتحلى بالحس العيادي، يستطيع استغلال كل الظروف من أجل انجاح جمع العينة الممثلة للغة الطفل، وسوف نتحدث بتفصيل أكثر عن أساليب جمع العينة المثلة فيما بعد إن شاء الله.

ومن الجدير بالذكر، أن على المعالج تحليل العينة اللغوية بعد الجلسة مباشرة، ذلك أنه يكون قد شاهد بعين المعالج الملاحظات والسلوكات التي قد لا تؤخذ من خلال الأجهزة المتاحة. وحتى يضمن تذكره لهذه السلوكات وعدم نسيانها فعليه الإسراع في تحليل هذه العينة، وهذا الإجراء ينطبق على جميع الاضطرابات.

وتعتبر هذه الطريقة جيدة، وذلك لأنها تعطي تصوراً عاماً للغة الطفل كأداة للتواصل وليس كوحدات منفصلة، وكذلك فإن هذه الطريقة تتيح للمعالج التلاعب في خلق المواقف المختلفة والتي تشبه إلى حد كبيرما يتعرض له الطفل في حياته اليومية، مما يسهل على المعالج التعميم في قراراته. كما وتوفر هذه الطريقة أكبر قدر ممكن من المادة الخام التي تمكّن المعالج من التعرف إلى مواقع الضعف والقوة في لغة الطفل، وهكذا فإن أهم سمة تميز هذه الطريقة هي نظرتها للغة ككل متكامل وبالتالي فإن تحقيق الكفاية التواصيلة (Communicative Competence) هو مبتغى هذه الطريقة أثناء وضع الخطط العلاجية القائمة على نتائجها. غير أنه يؤخذ على هذه الطريقة بعض المآخذ منها:

أ - تتطلب مستويات عالية في الخبرة اللغوية لدى المعالج، وأن يكون متمكناً في كيفية التعامل مع مهارات المحادثة (Conversational Skills) وكيفية الوصول إليها.

ب - حاجة هذه الطريقة إلى وقت كبير لتنفيذها، ذلك أن الهدف هو جمع أكبر مادة لغوية ممثلة للغة الطفل.

ج - تواجه هذه الطريقة صعوبة في الاتصاف بصفات الاختبار الجيد، ألا وهي الثبات والصدق، ذلك أنه يصعب إعادة الملاحظة بنفس الطريقة، فالتعامل هنا يتم بين إنسان وإنسان، وليس بين إنسان وآلة، أو بين إنسان وأداة اختبارية. فالظروف النفسية المختلفة، وكذلك

الدافعيّة والعوامل الوجدانية تلعب دوراً كبيراً في هذه الطريقة. وهذا لا يعني بالضرورة فقدان هذه الطريقة لصفات الاختبار الجيد فهناك طرق تعمل على زيادة هاتين الصفتين، ومن هذه الطرق:

١ - زيادة عدد الملاحظين في جلسة التقييم، ويجدر بنا أن نتذكر أن زيادة عدد الملاحظين يجب أن تكون محاطة بدرجة عالية من الحذر، حيث إن وجود عدد من الملاحظين أمام الطفل قد يكون عاملاً في إثارة الخوف لديه وبالتالي امتناعه عن الكلام، مما يدعو المعالج إلى استخدام أساليب مختلفة لإدخالهم حيّز التقييم، كأن يدخل المشاركون في غرفة الملاحظة (observation room) وضمن ترتيب خاص متفق بينهم وبين المعالج يدخلون غرفة العلاج، وهذا يدعونا بطريقة أو بأخرى إلى تجهيز غرف العلاج بكل ما يحتاجه المعالج وذلك من أجل نجاح عمله، تقييماً كان أم علاجاً.

٢ - استحداث طرق لإعادة الملاحظة على نفس السلوك، وهذا يتطلب مهارة عالية من المعالج، حتى لا يكرر نفسه أمام الطفل فيشعر بالملل، وكذلك فإن إعادة الملاحظة تحتاج إلى وقت، فلا يمكن إعادة الملاحظة بعد الانتهاء، من الجلسة الأولى مباشرة، لما لذلك من أثر سيء في تحقيق عنصر العفْوية.

٣ - تحديد السلوك المستهدف، وهذا ما عنيناه بالإعداد الجيد لجلسة التقييم، أو أي جلسة علاجية، فالعشوائية في الملاحظة توصلنا إلى

نتائج مشوهة. فكما قلنا: فإن عفويّة المعالج أمام الطفل تظهر من خلال الإعداد المحكم لما سيحصل داخل العيادة، وقد يظهر لك عزيزنا القارئ شيء من التناقض بين الإعداد المحكم والعفويّة. وحتى تتجلى أمامك الصورة فإننا تقول: إن العفوية أو التلقائية التي نحتاجها، إنما نريدها من الطفل وليس من المعالج، وبما أننا نبحث عن عينة ممثلة للغة الطفل فهذا يتطلب من المعالج الإعداد والبرمجة في وضع خطة يستدرج الطفل من خلالها لإعطاء أكبر قدر ممكن من لغته. ويجدر بنا معرفة أهمية إصدار المعالج الأحكام على أنماط السلوك اللغوي، لا أن يطلق أحكاماً عامة على كل السلوكات مجتمعة، وهذا لا يضعف كون نظرة هذه الطريقة إلى اللّغة على أنها كلّ متكامل، لأن الهدف من التقييم هو الوصول إلى مكان العطب وهذا لا يتأتى لنا إلا من خلال النظر إلى جزئيات على أنها وحدات، ولكن يعاد وصفها وجمعها فيما بعد.

٤ - على المعالج ألاّ يصدر أحكامه أثناء الملاحظة، لأن صورة السلوكات لا تكتمل إلاّ بعد انتهاء الجلسة، فقد قلنا غير مرة أننا نتعامل مع إنسان وهذا الإنسان قد يهفو بعض الأحيان، وهذه الهفوة لا تعتبر سلوكاً ثابتاً، ويمكن أن نستبدل إصدار القرارات والأحكام أثناء الجلسة، بأخذ الملاحظات التي تعيننا على إصدار الأحكام أثناء تحليل العينة اللغوية التي سيتم جمعها، ولعل إصدار القرار السريع أثناء الجلسة يعمل على توجيه تفكير المعالج ضمن اتجاه يتناسب وقراره مما قد يبعده عن جادة الصواب.

* مخاطر تهدد صفة الصدق في الملاحظة:

إن أهم ما يهدد صفة الصدق في الملاحظة ما يلي:

أ - **الإنتاجية : (Productivity)** ويقصد بها حجم المادة الخام التي يمكن جمعها أثناء جلسة التقييم. فقد يواجه المعالج بطفل يرفض الدخول في المحادثة أو يعطي إفادات قليلة لا تكفي لأن تكون عينة ممثلة للغته الحقيقية. ومن هنا فإننا نؤكد ما أسلفناه عن أهمية كون المعالج مؤهلاً بدرجة عالية، حتى يستطيع أخذ أكبر قدر ممكن من لغة الطفل، كما وينبغي تذكر أهمية بناء جسور من المحبة والثقة بين المعالج والطفل، لكي يتعامل مع عناصر الجلسة بأريحية دون شدٍّ أو خوف. ومن الأمور التي يجب أن يراعيها المعالج، التنويع في آليات استدراج الطفل للكلام.

ب - **الوضوح (Intelligibility):** فقد يكون كلام الطفل غير واضح، إما لوجود مشكلات نطقية، أو لأن الطفل يستخدم لغة غير ناضجة خاصة به (Jargon)، مما يستدعي استشارة الوالدين في فهم مدلولات كلامه. وذلك لأنهما يعايشان الطفل وبالخبرة معه يعرفان معاني كلماته الخاصة.

ج - **تمثيل العينة لكلام الطفل (Representativeness):** فقد يكون كلام الطفل غير ممثل للغته الحقيقية، وهذا الأمر يتطلب القدرات العالية لدى المعالج، لسبر غور الطفل وصولاً إلى الكلام الذي يغطي جوانب لغته، ومن الملاحظ أن تمثيل العينة لكلام الطفل يتأثر بما يلي:

١ - العفوية (Spontaniety): فكلما كان حديث الطفل عفوياً في سياقات طبيعية، كلما كان ذلك أفضل بالنسبة لشمولية تمثيل العينة، فإذا بدأ الطفل في حديث معين فعلى المعالج أن يشجعه على الاستمرار، وهنا تظهر كفاية المعالج في توجيه الطفل إلى المواضيع التي يحتاجها في أخذ العينة الممثلة، دون أن يشعر الطفل بأن الكلام إجباري في مواضيع دون أخرى.

٢ - تنوع الموضوعات (Variability of Contexts): إن العينة التي نحتاجها يجب أن تؤخذ من أكثر من سياق، وذلك لتنوع وظائف اللّغة، ولا يمكن جمعها في سياق لغوي واحد، ولهذا فعلى المعالج استخدام الآليات المناسبة، لتغطية وظائف اللّغة المختلفة كأن ينوّع في الوسائل المساعدة لتحقيق الأهداف ومن هذه الوسائل المجموعات الصورية والقصص والكتب المصورة والمجسمات، وكذلك بالإمكان التلاعب في عدد المشاركين في الحوار أثناء الجلسة إلي غير ذلك من متغيرات يستطيع المعالجة التلاعب بها.

د - **ردة فعل الطفل تجاه المواقف العيادية (Reactivity):**

ويقصد بردة فعل الطفل، مدى تفاعله من حيث إظهار الرغبة في الحديث أو رفضه، أو إظهار الخجل، وهنا فعلى المعالج ألاّ يمارس ضغوطاً مباشرة على الطفل، لأن هذا يزيد الأمر سوءاً، وسيحجم الطفل عن الكلام، لذى فعلى المعالج خلق جوٍّ من

الحريّة للتحقق من عنصر العفويّة في كلام الطفل. وقد يقدم المعالج مساعدة له وذلك بالإكثار من الأسئلة ذات الإجابات المفتوحة (Open-ended questions) والتقليل من أسئلة النعم واللا (Yes - No Question).

كما لاحظنا من خلال استعراض الاتجاهين السابقين في التقييم، فإن لهما إيجابيات ومساوئ، مما استدعى ظهور اتجاه جديد يجمع بين هذين الاتجاهين، وقد أطلق عليه اسم الاتجاه التكاملي.

جـ - الطريقة التكاملية

يعتبر هذا الاتجاه أفضل الاتجاهات التقييمية ذلك أنه يعكس الطبيعة الكلية لحاجات التقييم اللغوي فيما تعتريه من صعوبات، ولكن قبل تبني أي اتجاه فعلى المعالج أن يأخذ بعين الإعتبار الجوانب الآتية:

١ - العمر الزمني والعمر الوظيفي للطفل: فإن عمر الطفل الزمني يستوجب تطوراً لغوياً معيناً بناء على مراحل تطور اللّغة عبر الزمن، وبالتالي فإن فقدان وظيفة لغوية في عمر يستوجب وجودها، يعني احتمالية وجود اضطراب ما في لغة الطفل.

٢ - مدى صحة الحواس عند الطفل: حيث إن الحواس بشكل عام، والسمع والأبصار بشكل خاص، هي معابر المدخلات والمخرجات اللغوية، وبالتالي فإن الإحاطة بالوضع الصحي للحواس يعطينا مؤشرات مهمة للتقييم والعلاج.

٣ - معرفة ما يقلق الأهل بالنسبة لطفلهم: ذلك أن أول سؤال يطرحه المعالج على الأهل، هو عن سبب إحضارهم طفلهم للعلاج، ولكن على المعالج أن يكون حذراً في التعامل مع إفادة الأهل، حيث إن بعض الأبعاد الاجتماعية والنفسية قد تؤثر على وصف الأهل لحالة طفلهم، وعادة ما يخفي الأهل وحتى المثقفين منهم حقيقة وضع ابنهم خوفاً من وصفة صفة لا يحبون سماعها، من مثل معاق أو متخلف أومتأخر. ولهذا فعلى المعالج ألا يجعل وصف الأهل طريقه الوحيد للنظر إلى وضع الطفل، ويكفي أن يكونّ رأياً مبنياً على تصورهم ولكن أن يكون هذا الرأي قابلاً للتغيير وبسهولة إذا اقتضى الأمر ذلك.

٤ - الحالة النفسية للطفل: فهل هو مزاجي حاد وسريع الانفعال، وما هو مدى تفاعله مع الآخرين، وما هو مدى تأثره بالبيئة المحيطة؟ ذلك أن معرفة الحالة النفسية لدى الطفل تسهل على المعالج التعامل معه. وذلك باختيار الاستراتيجيات المناسبة لذلك.

٥ - معرفة اهتمامات الطفل والأشياء التي يحبها، حيث يستفيد المعالج من هذه النقطة في خلق جو من المحبة والود بينه وبين الطفل، وذلك باستغلال هذه الاهتمامات والأشياء التي يحبها في تصميم خطة التقييم وخطة العلاج لاحقاً، مما يجعل السياقات اللغوية التي يتعامل معها الطفل طبيعية، ومن هنا تكمن أهمية مقابلة المهتمين بالطفل كالوالدين، وأهمية الإعداد لهذه المقابلة، وذلك لحصر أكبر قدر ممكن من المعلومات في أقل زمن.

٦ - معرفة مستوى نشاط الطفل، فقد يكون ناشطاً بشكل مفرط (Hyperactive) وقد يكون خاملاً جداً وهذه المعرفة تعطينا انطباعاً عن سلوك الطفل وعن كيفية التعامل معه وذلك بالحد من نشاطه، أو بزيادته.

٧ - مدى تركيز الطفل (Attention Span): فكما قلنا: فإن الانتباه هو العنصر الأساسي الذي يرتكز عليه إلقاء التعليمات على الطفل، وبالتالي فإن التعامل مع الطفل منذ اللحظة الأولى في التقييم وحتى نهاية التدريب إنما يعتمد على مدى انتباهه، وسوف يأتي الحديث لاحقاً عن كيفية التعامل مع هذا الجانب على وجه الخصوص.

خطوات التقييم في الاتجاه التكاملي:

أ - المقابلة (Interview)

ب- الملاحظة (Observation)

ج - الاختبار (Formal Testing)

أ - المقابلة :

تُقدم استبانة (Questionaire) للوالدين والمدرسين، إذا كان الطفل في عمر المدرسة، ليملأوها بالمعلومات الخاصة بالطفل، وبعد ذلك يقوم المعالج بدراسة إجاباتهم وتحليلها، بحيث يكون قد خطا خطوة في طريق تشخيص الاضطراب ولا يكتمل هذا التشخيص إلا بعد إنهاء باقي الخطوات. وسوف نعرض لاستبانة وضعها عدد من الباحثين، وقد تم تقسيمها إلى ثلاثة أجزاء وهي:

١ - أسئلة ذات علاقة باستخدام اللّغة عند الطفل.

٢ - أسئلة ذات علاقة بمهارات المحادثة.

٣ - أسئلة ذات علاقة بشكل كلام الطفل ومحتواه.

١ - أسئلة ذات علاقة باستخدام اللّغة:

كيف يجعلك الطفل تعرف رغباته؟ أو كيف يعبر الطفل عن رغباته؟

كيف يعبر الطفل عن الطلب في الأغلب؟

- ماذا يفعل عندما يريد منك أن تفعل شيئاً؟

- متى يطلب إليك الانتباه إليه؟

- متى يحاول توجيه اهتمامك؟

- متى يطلب الأشياء؟

* هل يسأل الطفل عن معلومات؟

* كيف يعبر الطفل عن مشاعره؟

ما المشاعر التي يعبر عنها الطفل؟

* هل يحدث ضجة عندما يلعب وحيداً؟ وهل يمثل أدواراً عندما يلعب؟
وهل يفضل أن يلعب وحيداً أم مع الآخرين؟

* هل يصف أشياء موجودة في البيئة؟ وكيف؟

* هل يناقش الطفل أحداثاً في الماضي أو المستقبل؟

٢ – أسئلة ذات علاقة بمهارات المحادثة:

* متى يتواصل الطفل بشكل أفضل؟
* كيف يستجيب الطفل عندما تقول شيئاً؟ كيف يستجيب الطفل للآخرين؟ هل يتفاعل الطفل عن رغبة مع أشخاص معينين؟ وفي مواقف معينة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمن هم الأشخاص؟ وما هي المواقف؟
* مع من ومتى يتواصل الطفل على الأغلب؟
* هل يبادر الطفل بالمحادثة معك ومع الآخرين؟ وما هي الموضوعات التي تغلب على كلامه؟
* هل يشارك الطفل عندما يبادر الآخرون بالمحادثة؟
* هل يطلب الطفل إليك الانتباه قبل أن يتحدث؟ كيف يحقق ذلك؟ هل يحافظ على التواصل بالنظر أثناء كلامه معك؟
* هل يأخذ الطفل دوراً أثناء الكلام؟ هل يقاطع الطفل الآخرين؟ هل هناك فجوة كبيرة بين تفوهاتك (Utterances) واستجابات الطفل؟ هل يأخذ الطفل دوراً في الكلام بدون أن يطلب منه ذلك أو بدون أن يوجه إليه سؤال؟
* متى يتحدث الطفل إليك وهل هناك توقع لديه للاستجابة؟ ماذا يفعل الطفل إذا لم تستجب؟

* عندما يستجيب لك الطفل، فهل تكون استجابة ذات علاقة بما قلت؟

* كيف يطلب الطفل توضيحاً؟ وكم يتكرر هذا الطلب في كلامه؟

* إذا سألت الطفل عن مزيد من المعلومات أو عن زيادة في الإيضاح، ماذا يحصل؟ هل يظهر الطفل إحباطاً عندما لا يُفهم كلامه؟

* عندما يسألك الطفل أو يخبرك شيئاً، فهل ما تقوله له كافٍ ومفهوم على الأغلب؟

* عندما يخبرك الطفل معلومات معقدة طويلة، أو يقص عليك قصة، فهل يكون كلامه منظماً بحيث تستطيع متابعة الأفكار التي يطرحها؟

* هل ينوع الطفل في أساليبه في الكلام تبعاً لتغير الأشخاص؟

* هل يظهر الطفل مرتبكاً في بعض الأحيان؟ ماذا يفعل الطفل عندما يشعر بالارتباك؟

٣ – أسئلة ذات علاقة بشكل ومحتوى الكلام:

* هل توجد لدى الطفل قدرة على فهم التعليمات البسيطة؟

* هل يعرف الطفل أسماء الأشخاص والأشياء في محيطه؟ ما هي أنماط المعلومات التي يقدمها عن: الأفعال والأشياء والأشخاص والصفات والأوصاف والأمكنة والوظائف؟

* هل يبدو الطفل معتمداً على الإشارات أم الكلام لكي يُفّهم؟

* هل يتحـدث الطفل بكلمات مفـردة أم أشباه جـمل أم جمل؟ وكم يبلغ طول تفـوهه في الأغلب؟ هل يترك الطـفل كلمات مـعينة؟ هل تعـتبـر جملة الطفل سهلة أم معقدة؟ كيف يسأل الطفل أسئلته؟

* هل يستخدم الطفل الكـلمات الوظيفية للتمييـز بين القديم والحديث من المعلومات؟

* هل يستـخدم الطفل الكلمـات المعبـرة عن الوقت من مثل، غـداً ، اليوم والليلة الماضية؟ هل يستخدم الأفعال؟

* هل يستطيع الطفل أن يجمع جملاً ليكون توضيحاً أو وصفاً؟

من خلال مـجموعات الأسئـلة الثلاث، نلاحظ أنها تشتـمل على جانبي اللغة الإنتاج والاستيعاب، وذلك لكي يأخذ المعالج تـصوراً شاملاً لوضع لغة الطفل مـن وجهة نظر الأهل وهذا بدوره يعطي ومـضات للمـعالج في تحديد النقاط التي سيركز عليها دون إهمال الأمور الأخرى.

ب - الملاحظة :

يفـضل في إنجـاز هذه المهـمة، أن يـلاحظ المعالـج الطفل أثناء تفـاعله مع الأهل في المواقف اليـوميـة الحيـاتية، وفي غـرفة صـفه إن كان في المـدرسة. ولكن هذا الوضع قـد لا يكون ممكناً حصـوله، وذلك لأسباب كـثيـرة منها: عدم سماح وقت المعالج لذلك، مما يضطره إلى الاعتماد على الجلسة العيادية أثناء جمع العيـنة اللغوية، حيث ينصح المعالج كـما قلنا بالتنويع في المواقف

التي يجمع من خلالها عينته، وذلك باستخدام ألعاب مختلفة يكون قد أعد لها مسبقاً لتحقيق أهداف خاصة، هذا مع ترك المجال مفتوحاً أمام الطفل، بأن يلعب الألعاب التي يحبها حتى ولو لم تكن مدرجة ضمن الخطة، وذلك لكي تكون الجلسة محببة له. فلا يمتنع عن الكلام، وبالتالي يحصل المعالج على أكبر قدر ممكن من المادة الخام. ولعل إشراك الأهل في المواقف العيادية يساعد على جعل تفاعل الطفل قريباً من وضعه في الحياة اليومية.

نعود ونؤكد أن الملاحظة يجب أن تكون شاملة لسلوكات الطفل اللغوية وغير اللغوية، وأن يتم فيها التحدث عن نشاطات وألعاب مختلفة، ولكن هذه الملاحظة قد تفتقر إلى الصدق والثبات، ولتزيد من هاتين الصفتين نقوم بما يلي:

١ - تلقي المعالجين تدريباً مكثفاً على إجراء الملاحظة.

٢ - إشراك أكثر من ملاحظ في التقييم.

٣ - إعادة إجراء الملاحظة أكثر من مرة.

٤ - يفضل توثيق الجلسة إما بالتسجيل المرئي (videotaping) أو بالتسجيل المسموع (Audiotaping) أو بكلتيهما معاً.

وحتى نخرج بنتائج دقيقة للملاحظة فعلى المعالج أن يحدد السلوكات التي يجب ملاحظتها، فلا تكون الملاحظة عشوائية، فما هو المطلوب ملاحظته أثناء هذه العملية:

١ - **شكل اللّغة (Form of Language):**

أ - على مستوى الكلمة: استخدام الطفل للكلمات، فهل لديه عدد كاف ليعبر من خلالها عما يريد، وهل نطقت بشكلها الصحيح؟ وهل يركز على استخدام كلمات دون أخرى؟ هل يتجنب الكلمات ذات المقاطع الطويلة؟ وهل يميز علاقات الكلمات من تضاد أو الترادف . . .؟

ب - على مستوى الجملة: يجب أن تتم ملاحظة كون الجمل تامة أم غير تامة، وكذلك من حيث طول الجملة أو قصرها. وترتيب عناصر الجملة، وأنواع الجمل التي يستخدمها الطفل من حيث كونها فعلية أم إسمية. واستخدام الأفعال في أزمانها الصحيحة، ومدى إدراك الطفل للعلاقات بين الجمل.

ج - مدى نضوج الوظائف اللغوية من مثل الاستفهام والنفي والرفض ...الخ.

٢ - **فهم الطفل لمقاصد المعنى (Semantic Intent):** ملاحظة قدرة الطفل على الاستيعاب وبالتالي الاستجابة المناسبة عن الأسئلة باختلاف أشكالها وقدرة الطفل على فهم معاني المفردات دون خلط بسبب العلاقات التي تربطها، وقدرة الطفل على فهم الجمل بما في ذلك العلاقات التي تربطها.

٣ - **استخدام اللّغة (Language Use):** ملاحظة قدرة الطفل على استخدام اللّغة بما يقتضي الحال، وهذا يعني شكل التواصل بتفعيل جميع مستويات اللّغة، ويمكن أن نركز على مدى اتقان مهارات

المحادثة من حيث أخذ الأورار، والمبادرة، وكذلك تشمل أخلاقيات الكلام من مثل طرح التحية، والاستئذان والكلام المهذب، وكذلك تشمل طريقة طرح الأسئلة بجميع أشكالها في الوقت المناسب. وكذلك طرق التعبير عن الطلب والرفض، وملاحظة تأدية الطفل الوظائف ضمن وحدة اللّغة.

٤ - **معدل سرعة الكلام** (Rate of Speaking): وهنا تكون الملاحظة مركزة على شكل الكلام الناتج، فهل يتحدث الطفل بسرعة بحيث يؤثر ذلك على وضوح لغته، أم يتحدث بشكل أبطأ من الطبيعي، هل هناك وقفات غير طبيعية تتخلل كلامه؟ وهل يستبدل كلمات بأخرى؟

٥ - **التتابع** (Sequencing): هل يستطيع ربط الأحداث حسب تتابعها الزمني؟ وهل يستطيع التحدث عن الماضي والحاضر بشكل صحيح؟

جـ - الاختبارات:

تستخدم الاختبارات المعيارية (Standardized tests) حيث إنَّ هذه الاختبارات تختلف عن بعضها البعض فيما تقيسه من مستويات اللّغة، ولا يوجد اختبار واحد يقيس كل مستويات اللّغة. ومن الملاحظ أن هناك عدداً كبيراً من الاختبارات المخصصة لقياس الوظائف اللغوية، ولكن معظم هذه الاختبارات أجنبية وتصلح للبيئة التي وضعت فيها، ولكن تم تعريب عدد منها، وهذا يعني أن المجال مفتوح أمام الباحثين العرب لتصميم اختبارات تصلح لقياس اللّغة في بيئتنا. إن دور هذه الاختبارات ينقسم إلى جزئين وهما:

١ - تحديد الأطفال الذين يحتمل إصابتهم باضطرابات لغوية اعتماداً على المعايير.

٢ - البدء بوصف أدائهم اللغوي.

انتقاء العينة اللغوية (Language Sampling):

إن انتقاء العينة اللغوية يزودنا بمعلومات تفيد في التخطيط للتدخل العلاجي، ذلك أنها تشتمل على المحتوى والسياق الذي يستخدمه الطفل، وإذا كان الهدف من العلاج هو تعميم الخبرة المتعلمة إلى واقع حياة ا لطفل اليومية. فلابد من انتقاء عينة لغوية تعكس استخدام الطفل للغة بشكل حقيقي.

إن العينة اللغوية الجيدة لا تظهر فجأة، ولكنها تتأتى نتيجة لتخطيط وتنفيذ محكمين، لذا فعلى المعالج تصميم جلسة تقييمية، بحيث يخدم السياق الهدف الذي تجمع من أجله العينة اللغوية. وعلى المعالج أن يتخذ عدداً من القرارات قبل البدء بعملية انتقاء العينة، فبعد دراسة المقابلة، وما تم في الملاحظة، ونتائج الاختبارات الرسمية، بحيث تكون القرارات ذات علاقة بالسياق اللغوي والمشاركين والمواد المستخدمة ووسائل المحادثة التي ستستخدم، وحتى نستطيع جمع عينة لغوية جيدة فلابد من التخطيط لها بشكل محكم.

التخطيط والجمع (Planning and Collecting):

إن أهم قضية تواجهنا أثناء التخطيط هي محاولة الوصول إلى عينة ممثلة للغة الطفل، ولكن تمثيل العينة يتأثر بجوانب متعددة منها، أوضاع المحادثة والمهام التي توضع على الطفل، المشاركون وموضوعات الحديث، هذا

بالإضافة إلى أن جمع العينة اللغوية، قد يحتاج إلى تقنيات تعمل على استثارة الطفل لإعطاء الإستجابات المرغوبة.

تمثيل العينة (Representativeness):

يمكننا الحصول على العينة الممثلة من خلال التأكيد على العفوية (Spontaniety) في التعامل مع الطفل، وكذلك من خلال جمعها تحت ظروف متنوعة، أما العفوية فيمكن تحقيقها بمشاركة الطفل في محادثة حقيقية تتناول موضوعات ذات أهمية خاصة بالنسبة للطفل، ويمكن أن تتحقق العفوية إذا وفر المعالج الظروف الآتية.

١ - أقل قدر ممكن من التوجيه أثناء الجلسة، بحيث تسير الجلسة بشكل عفوي.

٢ - التقليل من شعور الطفل بأنه مجبر على الكلام، حيث إن المطلوب هو أن يتكلم الطفل بأريحية، وهذا يعني أن المعالج يجب أن يكون خلاقاً ومبدعاً ويحاول الاستفادة من كل ظروف الجلسة، حيث يعرض المثيرات المختلفة، كالصور والمجسمات. والألعاب، هذا بالإضافة إلى متابعة أي مبادرة من الطفل واستثمارها لتحقيق الأهداف المرجوّة، فكلما قل تحكم المعالج بسير الجلسة، وقلت توجيهاته المباشرة، كلما شعر الطفل براحة أكثر، وتحدَّث دون خوف ودون الشعور بأنه مجبر على الحديث، ولكن هذه الظروف لا تتوفر دائماً، فقد يمتنع الطفل عن المشاركة في الحوار على الرغم من تهيئة الأجواء المناسبة، في هذا

حقـيقية على الطفل لكي يتكـلم، كأن يلجأ إلى طرح الأسئلة المبـاشرة للحصـول على استجـابات معينة، وكذلك بـإمكانه اللجوء إلى طرح أسئلـة حول الصور من مـثل: ماذا ترى في الصـورة؟ هل ترى . . . ؟ ماذا يفـعل . . . ؟ هذا بالإضافة إلى الاستـعانة بالأهل واقتـراحاتهم، وذلك لأنهم يتعاملون مع الطفل بشكل يومي، بحيث يعرفون طباعه، إضافـة إلى أن الطفل يشعر بالراحـة أكثر عندمـا يتحدث إليـهم وبعد الانتهـاء من جمع العينة، نعـرضها على الأهل ونأخـذ رأيهم في مدى تمثيلها للغة الطفل كما يعرفونها.

جوانب تؤثر على تمثيل العينة للغة الطفل:

أ – التنويع في المواقف:

إن التنويع يؤكـد على أن العينة لم تجـمع من خلال مـوقف لغـوي واحد، وبالتـالي فإن هذا ينعكس على شكل عـينة لمواقف تفـاعلية يعـيشهـا الطفل، وتظهـر من خلالها الوظـائف اللغوية المخـتلفة، ومما يسـاعد على جمع عـينة لغـوية متـنوعة، تسـجيل أشرطـه من قبل الوالديـن والمعلمين، أما بـالنسبـة للمهمام التي ستلقى على كاهل الطفل، فيجب أن تكون مألوفة، فكلما كانت المواقف والمهام مألوفة بالنسبة له كلما أعطى عينة ممثلة أكثر للغته. وكلما كان الطفل أصغر عمراً، كلما احتاج إلى اللعب أكثر لحثه على إنتاج الكلام.

من الضـروري توفيـر المواد والألعاب المخـتلفة لحث الطفل على إنـتاج الكلام، وحتى ننجح في ذلك، فلابد أن تكون هذه المواد ذات أهمية خاصة

الكلام، وحتى ننجح في ذلك، فلابد أن تكون هذه المواد ذات أهمية خاصة بالنسبة للطفل، وأن تكون مناسبة لعمره، وأن تكون قادرة على إستجرار النمط اللغوي المرغوب، وحتى تكون اللعبة محببة للطفل، فقد تعرض عليه مجموعة من الألعاب ليختار اللعبة التي يفضلها، ويفضل أن يحضر الأهل ألعاب الطفل من البيت. حيث إن كل هذه الإجراءات تساعد على زيادة صفة الصدق فيمانحصل عليه من عينات لغوية.

كما قلنا: فإن الألعاب يجب أن تكون مناسبة لعمر الطفل، مما دفع الباحثين إلي تحديد ألعاب معينة لكل عمر، وإليك عزيدنا القارئ عدداً من الألعاب مع الأعمار المناسبة لها.

أ - ألعاب المجسمات، الصحون ، الألعاب التي يمكن تحريكها، الدمي. تناسب الأطفال في عمر ما يقارب السنتين.

ب - الكتب المصورة، الملابس، الدمى المتحركة، لعبة تمثل حظيرة حيوانات، شارع مع بيوت ومخازن، تناسب عمر الثالثة.

ج - الألعاب متعددة القطع، الدمى المتحركة، تناسب عمر الروضة والابتدائية المبكرة.

أما الأطفال الأكبر سناً، فيستطيعون المشاركة في المحادثة، بدون ألعاب، حيث يكفي التشجيع لهم للحديث عن أنفسهم وعن اهتماماتهم، هذا بالإضافة إلى أن كل لعبة لها خصوصيتها في قدرتها على إظهار وظيفة معينة.

ب – المشاركون في المحادثة:

يهدف المعالج إلى أخذ عينة ممثلة للغة الطفل، وهذا يعني خلق بيئات مشابهة لبيئات الطفل في حياته العادية، مما يستوجب وجود أشخاص آخرين يشاركون في تسهيل مهمة إنتاج اللغة لدى الطفل أثناء التقييم.

عند اختيار الأشخاص المشاركين، فعلى المعالج أن يتوخى الحذر في ذلك، حيث إن كل عمر يحتاج نوعاً مناسباً من المشاركين، فيفضل استخدام الوالدين كمشاركين مثلاً مع الأطفال تحت سن الثالثة، ذلك إن استجاباتهم لا تكون كافية مع الغرباء، كذلك فعلى المعالج أن يحدد المهام المطلوبة من المشاركين أثناء الجلسة، حتى تتحقق الأهداف المرجوه.

ومما تجدر الإشارة له، أن على المعالج والمشاركين، إبداء الارتياح والاهتمام لما يقوله الطفل، فالاهتمام هنا ينصب على محتوى الكلام، لا على الطريقة التي يتكلم بها. فالمطلوب جمع المعلومات وليس تصويبها. وعلى الرغم من وضع خطة محكمة للتقييم، إلا أن المعالج قد يواجه بعض المشكلات من مثل رفض الطفل للكلام، لهذا فإن على المعالج التعامل بمهارة مع هذه المشكلات وذلك بتغيير المواقف الحوارية بالاستعانة بالمشاركين، فالطفل في البداية قد يظهر خوفاً من وجود المعالج لأنه شخص غريب بالنسبة له هنا وبالمساعدة مع المشاركين، فإن المعالج يتقرب إلى الطفل باللعب وبالأشياء المحببة للطفل.

اعتماداً على ما سبق، فإن على المعالج إحضار أكبر عدد ممكن من

المشاركين من مثل، الوالدين والمعلمين، والأقران من الأصدقاء. للقيام بالأدوار التي يرسمها لهم المعالج. وكل هذا كما قلنا يهدف إلى خلق أجواء طبيعية يعيشها الطفل أثناء عملية التقييم، وبالتالي الحصول على عينة ممثلة للغته الطبيعية.

ج - الموضوعات:

عادة ما يتمتع الأطفال بتشكيلة واسعة من الاهتمامات، ومن الملاحظ أنهم يكونون أكثر عفوية في إنتاج اللّغة عندما يسمح لهم بالمبادرة بالموضوعات التي تشكل اهتماماً خاصاً بهم، ومن هنا فإن على المعالج الاهتمام بالموضوعات التي تثير اهتمام الطفل، من مثل الحديث عن نشاطات المدرسة، والإجازات، وبرامج التلفاز، ولابد للمعالج أن يعد للجلسة إعداداً جيداً ليتسنى له التنقل بين هذه الموضوعات بسلاسة ودون إزعاج للطفل.

د - أساليب المحادثة المثيرة لاهتمام الطفل:

نعيد ونكرر أن ما نهدف إليه هو الحصول على عينة ممثلة للغة الطفل في حياته الطبيعية، ولكن مما يلاحظ أن العينات غير المقيدة لها بعض المحاذير حيث أنها قد تخلو من بعض السمات والسلوكات اللغوية، مما يستدعي استخدام بعض الأساليب لتحضير وحث الطفل على الكلام، وهذا يتطلب من المعالج أن يكون خلاقاً بحيث يوجد مواقف تستجر الاستجابات اللغوية المرغوبة. وكل هذا يعتمد على مدى إلمام المعالج باهتمامات الطفل، وتظهر المهارة في كيفية التعامل مع هذه الاهتمامات أثناء جلسة التقييم.

وحتى يتم جمع العينة الممثلة للغة الطفل، فإن على المعالج المراوحة في استخدام الأساليب، دون الثبات على نمط معين، ومن هذه الأساليب:

أ - **مقاصد الكلام:** وذلك بأن يثير المعالج الطفل دون اللجوء إلى التوجيه المباشر كأن يقول أمام الطفل: الجو بارد في الغرفة، أليس كذلك؟ علماً أن باب الغرفة مفتوح فيعلق الطفل أو يستجيب لما فهم من الطرح.

ب - **الاستجابة:** يطرح المعالج مجموعة من الأسئلة عن لعبة معينة، كأن يقول : أين سنضع هذه الأشياء؟ ماذا يوجد داخل البيت؟ ويقوم المعالج بتسجيل الإجابات.

ج - **إلقاء التحية،** وتتم عن طريق اللعب، وبالإستعانة بالمشاركين . وذلك بأن يخرج أحدهم، ويدخل الغرفة ويلقي التحية وهكذا . . . الخ. أو عن طريق إجراء مكالمات هاتفية باستخدام لعبة الهاتف.

د - **التعبير عن المشاعر:** ويتم ذلك من خلال اللعب، كأن نقول للطفل: إن الدب يشعر بالحزن، هل يمكنك التخفيف من حزنه؟

هـ - **الافتراض وحل المشكلات:** كأن يختلق المعالج مشكلة، ويطلب إلى الطفل اقتراح حلول مناسبة لها.

و - **الاختيار:** حيث يخير المعالج الطفل بين أشياء ليتحدث معه عنها.

ز - **التوقع:** يعتمد على اللعبة التي يلعبها المعالج مع الطفل حيث يقول المعالج: أنا في حيرة من أمري . . . ماذا سيحصل الآن؟

ح - **الاحتجاج** : يمكن استثارة هذه الوظيفة عند الطفل بطرق كثيرة، من مثل : أخذ شيء خاص به.

ط - **التعليل المنطقي**: وذلك بطرح تساؤلات عن سبب حدوث شيء ما في لعبة ليعللها الطفل.

وهناك عدد كبير من الطرق لحث الطفل على الكلام، كأن تشير إلى صورة ليسميها الطفل أو يصفها، أو أن نطلب إليه عمل شيء يصعب عليه تحقيقه ليطلب المساعدة أو التوضيح، أو لطلب معلومات أكثر عن الأمر، أو أن نضطره لطلب أشياء يحبها.

تسجيل العينة (Recording of the Sample):

يتم تسجيل العينة اللغوية باستخدام جهاز التسجيل الصوتي (Audiotaping) أو التصوير المرئي (Videotaping) على أن تتميز الأجهزة بجودة عالية، أما إذا لم تتوفر أداة التصوير المرئي، فإن على المعالج وصف السلوكات غير اللغوية أثناء الجلسة، ومن هذه السلوكات، الحركات كالإشارة. أو إظهار عدم التركيز كالنظر إلى جوانب الغرفة. حيث إن هذه السلوكات لا يمكن تسجيلها صوتياً، ويفضل كذلك وجود أكثر من ملاحظ ولكن بدون ازعاج للطفل، وذلك ليتم تسجيل كل ما يدور في الجلسة.

أما بالنسبة لطول العينة اللغوية التي يجب تسجيلها، فليس هناك طول نموذجي حيث إن الطول المناسب يقرره الهدف من جمع هذه العينة.

توصيف العينة (Transcribing The Sample):

ويقصد بالتوصيف الكتابة الصوتية لما يتم في الجلسة ولهذه الكتابة رموز خاصة تشتمل جميع الطرق التي قد ينطق ا لإنسان بها الصوت، وسيأتي الحديث عنها لاحقاً في فصل اضطرابات النطق، وقد سبق الحديث عنها باختصار في الباب الأول أثناء الحديث عن المستوى الصوتي (Phonetic Level).

يختلف شكل التوصيف تبعاً لهدف التقييم، فإذا كان الهدف هو التوصيف الفنولوجي فلا حاجة لتوصيف كلام المشاركين، ويكتفى بتوصيف كلام الطفل، ويجب توصيف كل التفوهات بما في ذلك البدايات الخاطئة وكلمات الحشو (Fillers)، حيث إن هذا التوصيف يستخدم في تحديد صعوبات التخاطب. كذلك فإن تفوهات المشاركين يمكن أن نحتاجها لتقييم أساليب المحادثة التي تمت، وسيأتي الحديث عن تحليل العينة اللغوية فيما بعد.

ومما تجدر الإشارة إليه، هو أن على المعالج الإسراع في تحليل العينة اللغوية قدر الإمكان، حيث إن هذا يؤكد قدرة المعالج على استحضار كل ما جرى في الجلسة.

تحليل العينة (Analyzing The Language Sample)

يرتكز تحليل العينة على:

أ - استخدام اللّغة Language Use.

ب - شكل اللّغة Language form.

ج - محتوى اللّغة Language Content.

قبل البدء بعرض عملية تحليل العينة اللغوية، سنقوم بعرض مفردات التحليل ليسهل التنقل بين هذه المفردات ضمن تسلسل منطقي.

١ - مقاصد الكلام من حيث: التكرار والمعدل، ومدى مناسبتها.

٢ - الشكل من حيث: معدل طول التفوه، والتحليل الصرفي والتحليل النحوي وأنماط ا لجمل، والتحليل الفنولوجي.

٣ - المحتوى من حيث: المعجم اللغوي واللّغة المجازية، والمجموعات المعنوية وترابط الجمل.

أ - مقاصد الكلام:

على مستوى التفوه الفردي، فإن التحليل الاستخدامي محدود بوصف مقاصد اللغة من خلال ما تم التعبير عنه من قبل الطفل، أو ما فُهِم من كلامه، حيث إن تكرار ومعدل ورود هذه المقاصد، يمكن وصفه ومقارنته مع أطفال في نفس العمر. كذلك فإن مدى مناسبة هذه التفوهات وبناءها يمثل جانباً من الأهمية أثناء التحليل، ولكن المادة المعيارية التي يمكن أن نقارن بها نتائجنا قليلة جداً.

إن ما يهمنا في هذا الجانب أن نحدد السبب فباستخدام التعبير وما قصد

الطفل إليه من خلال هذا الاستخدام؛ وكذلك الوسيلة التي عبّر من خلالها عن هذا المقصود، لفظياً كان أم غير لفظـي، فعلى سبيل المثال، فإننا لا نؤكد وجود وظيفةما، إذا استخدمهـا الطفل مرة واحدة، بل لا بد من استخدامها في أكـثر من سـياق حـتى نؤكد وجـودها. وهنا يأتي دور المعـالج في خلق المواقف لإيجاد سـياقات لغـوية مناسبة يعـبر خلالهـا الطفل عن الوظائف اللغوية. ولمعرفة الوظائف اللّغوية (Language Function) التي على المعالج البحث عنـها فمـا عليك عزيزنا القـارئ إلا الرجوع إلى الفصـل الثاني من الباب الأول، حـيث تم استـعراض الوظائف اللغـوية ضمن مـراحل تطور اللّغة.

أما بالنسـبة لمدى مناسبـة استخـدام الوظيفة للسـياق، فيظهـر من خلال استعـراض العينة، حيث يجب ملاحظة فـيما إذا كان الطفل يستخدم هذه الوظـيفة كـوظيفـة الاستـفهـام مثـلاً، ضمن الإسـتخـدام الصحـيح، أم أن استخدامه لهذه الوظيفة عبارة عن قالب اعتاد استخدامه (Stereotypic) في أكثـر من موضع دون التـفكير في مدى منـاسبتـه، كأن يسأل الطـفل أسئلة كثـيرة دون إظهـار الحاجـة إلى سمـاع الإجابات، وعند الحكم علـى مدى مناسبة ومنطـقية استخـدام الوظيفة، فإن عدداً من العنـاصر يجب أن تؤخذ بالحسبان لما لها من تأثير واضح في هذا الجانب وهي: العمر، والسلالة التي ينتمي لها الطفل، والموقع الجغرافي لبلده، والحالة الاجـتماعية والاقتصادية وجنس الطفل والبيئة اللغوية التي يعيش فيها. أما بالنسبة للوسيلة التي يعبر

من خلالها عن الوظيفة، فإما أن تكون لفظية أو غير لفظية، وهذا ما يدعي بنظام التشفير (Encode) حيث يتم من خلال التحليل إظهار الوسيلة التي استخدمها في التعبير عن الوظائف.

٣ – البناء أو الشكل (Form):

إن بناء اللّغة يشتمل على: النحو والصرف، ونظام تنسيق الأصوات. وبطريقة أخرى نستطيع القول إن المقصود ببناء اللّغة هو نظام تشفير اللغة الذي يستخدمه المتكلم. وفي عملية التحليل البنائي يظهر لدينا اتجاهان وهما:

أ – الاتجاه الكمي.

ب – الاتجاه الوصفي.

أ – الاتجاه الكمي:

ويقصد به استخدام الأساليب الكمية في تحليل العينة اللغوية ومن هذه الأساليب معدل طول التفوه (Mean Length Utterance) حيث يتم قياس معدل طول التفوه بقسمة عدد المورفيمات التي تحتويها التفوهات على عدد التفوهات:

$$MLU = \frac{Morphemes}{Utterance}$$

مثال :

إذا قال طفل إجابة عن سؤال أين العصير؟ : شربته، فإن كلمة شربته هي تفوه ، وللتذكير فإن التفوه هو أصغر وحدة نحوية لها معنى. ونلاحظ أن هذا التفوه مكون من أربع وحدات ذات معنى (مورفيم) وهي شرب + دلالة الماضي + التاء للفاعل + الهاء للمفعول به. وهكذا فإننا تقوم بحصر التفوهات في العينة وتقسيمها على عدد المورفيمات لنأخذ متوسط طول التفوه، والذي تمت الإشارة إليه في القانون (MLU) وهي اختصارات لبدايات الكلمات. وبعد الحصول على القيمة نقارنها بالمعيار الخاص بالعمر.

ب – الاتجاه الوصفي (Descriptive Analysis):

قبل البدء بعرض عناصر التحليل الوصفي، نود الإشارة إلى أهمية الرجوع إلى الفصل الأول لتذكر مكونات وأبعاد كل مستوى من المستويات التي ستتم مناقشتها تحت هذا العنوان.

١ – التحليل النحوي والصرفي (Syntactic and Morphologic Analysis):

عوداً بنا إلى المستوى النحوي الذي عرفنا بأنه: دراسة بناء الجملة من حيث ترتيب الكلمات فيها، استخدام الحركات المناسبة (الضبط) وما تعطيه هذه الأبنية من أشكال مختلفة للجمل من مثل:

الجمل الاستفهامية، وجمل النفي . . . الخ. وما ينتج عن هذه الأبنية من جمل معقدة وأخرى بسيطة. وما يبرز لنا من علاقات تربط الجمل بعضها بعضاً. وبالتالي فإن تحليل العينة من هذا الجانب، يتم فيه وصف بناء جمل ا الطفل وما يترتب على هذا البناء من أشكال وأنواع.

أما المستوى الصرفي، فهو ما يعنى ببناء الكملة من الداخل، وما يترتب على هذا البناء من تفريعات. من مثل طول الكلمة وتعقيدها، دلالة الكلمات المعتمدة على بنائها من مثل، الإفراد والتثنية والجمع، إضافة إلى ما تقسم إليه الكلمات من كلمات وظيفية وكلمات محتوى، وما يحدثه اتصال الوظيفية بالمحتوى بحيث تنتقل بالكلمة من مجموعة إلى أخرى من مثل:

ذهب : فعل ماضي ذاهب : اسم مفرد ذاهبون: اسم للجمع.

وبالتالي فإن فهم دلالة المستوى يعطي المعالج القدرة على توجيه التركيز إلى النقاط المهمة فيه، وبالتالي كشف مواقع الضعف والقوة.

٢ - التحليل الفنولوجي (Phonological Analysis)

ويتم التحليل من خلال استعراض عناصر هذا المستوى وهي:
الأصوات الموجودة لديه (Phonetic Inventory) وبناء المقاطع،
والعمليات الصوتية التي يلجأ إليها من مثل، التوقيف

للاحتكاكيات أو التقديم أو التأخير، وكذلك الاستراتيجيات التي يلجأ إليها من مثل التجنب والهرب من بعض الكلمات أو الأصوات.

ومن الجدير بالذكر أن على معالج النطق واللّغة ألاّ يدرج العمليات الفنولوجية تحت بند الأخطاء لدى الطفل بشكل كامل. لأن الأطفال خلال تطور لغتهم يستخدمون هذه العمليات كمرحلة من مراحل اللّغة، كما أسلفنا في فصل تطور اللّغة عند الأطفال.

*** العمليات الفنولوجية (Phonological Processes):**

تذكيراً لما تم استعراضه في الفصل الأول خلال مناقشة المستوى الفنولوجي وتطور اللّغة عند الأطفال، فسنقوم باستعراض عام لهذه العمليات، حيث يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام وهي:

أ - ما يجري على بناء المقاطع.

ب - ما يجري من خلال المشابهة والتقارب.

ج - عمليات الاستبدال.

أ - بناء المقطع Syllable Structure:

١ - حذف الصوت الساكن في مؤخرة المقطع من مثل: باب - با

٢ - التكرار في المقطع من مثل : بابا ، ماما ، دادا ، واوا.

٣ - التخفيف من التتابع بين السواكن من مثل : دَرْس - دَرِس.

ب - **المشابهة** (Assimilation)، حيث تتأثر الأصوات بعضها ببعض وقد يكون التأثير من الأمام إلى الخلف كما في المثال: أسبوع - أزبوع (اللهجة المصرية) حيث تأثر الصوت الساكن / s / بالصوت المجهور / b /. وقد يكون التأثير من الخلف إلى الأمام كما في المثال: دار - داو.

ج - **الاستبدال** (Substitution) ويتم استبدال صوت بصوت آخر. ويظهر في المجموعات الصوتية الآتية: الانفجارية، والاحتكاكية، والاحتكاكية الانفجارية. من مثل سماء - تماء حيث تم توقيف الصوت الاحتكاكي /s/ ليصبح /t/.

وكذلك تتم في الأصوات الأنفية. حيث تؤثر الأصوات الأنفية على الأصوات الأخرى فتأخذ الثانية صفات من الأولى.

٣ - المحتوى (Content)

عندما نتحدث عن المحتوى إنما نتحدث عن مستوى المعاني (Sematics) وما يتفرع عنه من مستويات من مثل:

أ - مستوى المفردة الواحدة، والعلاقات الناشئة بين المفردات كالترادف والتضاد وتعدد المعاني، واجتماع كلمات في مجموعات معنوية (Semantic Categories) وإلى غير ذلك من تفرعات.

ب- مستوى الجملة، والعلاقات بين الجمل، من مثل تأكيد جملة لأخرى، أو نفيها.

ولعل هذه المستوى يصعب تحديده من خلال عينة محدودة تؤخذ من الطفل خلال جلسة التقييم. ولكن بتنويع الأساليب خلال الجلسة يمكن الكشف عن معرفة حجم كبير من إلمام الطفل بالمعاني، وعلاقاتها على مستوى المفردة والجملة. ومن هذه الأساليب أن يطرح المعالج مجموعة من الكلمات تم استخدامها بشكل خاطئ ليرى رد فعل الطفل عليها، أو أن يطلب إليه جمع أغراض خاصة بمجموعة معينة من مثل مجموعة أغراض المطبخ أو أن يجري المعالج مقارنات خاطئة، كأن يقول : إن العصفور أكبر من الطائرة ليرى رد فعل الطفل. ونود أن نشير هنا إلى أن المعالج داخل العيادة يجب أن يكون ملك الموقف.

وبالتالي فإن معرفة جوانب هذا المستوى تتيح للمعالج المجال للتركيز على كل جانب أثناء مرحلة التحليل.

كما تلاحظ عزيزنا القارئ، فقد تم التركيز في تحليل العينة على مستوى التفوه أو اللفظة الواحدة. ومدى تأثرها وتأثيرها على التفوهات الأخرى، أي أن تعاملنا مع العينة اللغوية كوحدات منفصلة، وقد يعتبر هذا التحليل كافياً، اعتماداً على مهارة المعالج في ملاحظة تفاعل الطفل وتعامله مع عناصر اللّغة ومستوياتها.

وقبل الخروج من تحليل العينة اللغوية، سنعرض وباقتضاب شديد لتحليل العينة اللغوية بشكل يتجاوز حدود الوحدات المنفصلة، لنصل إلى الهدف الأسمى وهو التعامل مع اللّغة كوحدة متكاملة بهدف التواصل.

كثير من التراكيب لا قياس لها إلا على مستوى التخاطب من مثل مهارات المحادثة (Conversational Skills) ومن هذه المهارات، أخذ الأدوار، والقدرة على الاستجابة والقدرة على فهم محور النقاش، غير أن هذه الجوانب تتطلب تفاعلاً ذا كفاية عالية بين الطفل والمعالج والمشاركين.

ومن خلال هذا المنظور تبدو لنا بعض الجوانب التي يجب على المعالج ملاحظتها والتنبه إليها:

١ - **التنويع في استخدام الأساليب:** حيث إن على المعالج ملاحظة قدرة الطفل على تغيير أسلوب حديثه بناءً على الموقف ونوع المتلقي، ونعني بهذا كيفية اختيار الطفل لأسلوب الحديث عن الغضب أو عند الرضى، وكذلك كيفية اختياره الأسلوب المناسب عند تغير المتلقي أو المستمع، كأن يكون المتلقي الأم أو الأب، أو صديق أو مع المعالج، فكلما زاد عمر الطفل نجد أن قدرته على التمييز في اختيار الأسلوب المناسب حسب الموقف و المتلقي أكثر وأدق. ولعل القدرة على التنويع في اللّغة، بناءً على الميدان وحسب الموضوع المطروح تعتمد على متغيرات متعددة منها: العمر والجنس، ومستوى المفردات المطروحة وكذلك طريقة الطرح.

٢ - **استخدام اللّغة للتعبير عن الوظائف اللغوية:** حيث إن على المعالج ملاحظة مدى قدرة الطفل على استخدام اللّغة لإعطاء تعليمات مختلفة من مثل سرد الأحداث أو الاستفسار، ويظهر من هذا الجانب

الأمور الآتية:

أ - بناء الاستنتاج من خلال الجمل المطروحة كأن يقول:

فشل أحمد في تسجيل الهدف. حاول أحمد تسجيل الهدف.

لم يفشل أحمد في تسجيل الهدف.

فعدم الفشل مرتبط بالمحاولة.

ب -ما المعلومات التي يقدمها الطفل؟ وما وسيلته إلى ذلك؟ فعلى المعالج ملاحظة مدى إفادة المعلومة، الطريقة التي قدمت بها، فهل هناك تكرار في لغة الطفل أم لا؟ وهل يستخدم كلمات فارغة لا مدلول لها؟ حيث إن الطفل قد يلجأ إلى استخدام كلمات غير مفيدة للاستمرار في الكلام.

ج -القدرة على فهم المعنى اعتماداً على السياق والموقف، كأن نسأل أين الكتاب؟ وتكون الإجابة: هناك، ففهم كملة«هناك» يعتمد على عناصر الحوار المشتركة بين المتحاورين حيث إن كلمة «هناك» لا تعني شيئاً لشخص غير مشترك في الحوار.

٣ - **أدوات الربط الموضوعي واللغوي:**

أ - المرجع: وهي القدرة على الارتكاز على فكرة معينة وبناء أكثر من جملة عليها، كأن يقول الطفل (بلهجته وطريقته): أشتريت لعبة جديدة من السوق، ولعبت بها أنا وأخي، وبعد

ذلك أخذتها أمي مني، فالمرجع هنا هو اللعبة، وتم بناء أفكار وطروحات مختلفة عليها.

ب- الحذف: حيث يتم حذف أجزاء من الكلام اعتماداً على العناصر المشتركة بين المتحدثين، كأن يسأل أحد أطراف الحوار: من أخذ الألعاب؟ فيرد الطرف الآخر: أنا، فالإجابة بـ أنا يفهم منها: أنا الذي أخذ الألعاب، ولكن بالاعتماد على العناصر المشتركة بين المتحدث والمستمع، كان من السهل الحذف دون إخلال في فهم المعنى.

ج - الربط: ويقصد به استخدام أدوات الربط من مثل حروف العطف للاستمرار في طرح الفكرة، وهذا يعني القدرة على التركيز في الطرح.

- يبقى لدينا ما يطلق عليه التحليل من خلال مواقف التواصل (Communication Events) حيث إن التواصل يعني بالضرورة وجود طرفين وبالتالي فإن التقييم من هذه الناحية يقوم على عدد من المتغيرات تقيس قدرة الطفل على المساهمة الفعالة في عملية التواصل. والمحادثة وما يتفرع منها من مثل: المبادرة بالموضوع، المحافظة على الاستمرار بشكل صحيح، وإنهاء الموضوع، ومدى تمام الفائدة، وكذلك ترابط الحديث دون تشتت، ووضوح سلوك الطفل من حيث تغيير الموضوعات وأخذ الأدوار، ومحاولة التعديل عند الخطأ.

١ - السلوك الإجتماعي مقابل السلوك غير الاجتماعي، فعلى المعالج أن يحدد فيما إذا كان المقصود بكلام الطفل هو التواصل مع الآخرين أم لا. وحتى يعرف المعالج القصد من كلام الطفل، فعليه أن يعرف ما إذا كان الطفل يدرك ويميز وجود سامع يتابع كلامه، أم هو شكل من الكلام اعتاد عليه (Stereotypic)، وهل يتعامل ضمن أساسيات الحوار من مثل، تبادل الأدوار، وتغيير الأسلوب تبعاً للمواقف والمشاركين، وهل يحاول تصويب الأخطاء إذا شعر بها، تأكيداً منه على أنه يشعر بأن الطفل يستخدم اللغة كوسيلة اجتماعية.

٢ - كيفية البدء بالحوار: فعلى المعالج ملاحظة قدرة الطفل على بدء الحوار من حيث إثارة انتباه السامع، واستخدام البداية المثيرة التي تجذب المستمع، مع الاهتمام بمهارة التواصل بالنظر (Eye Contact) حيث إن اهتمام المعالج يجب أن ينصب على معرفة قدرة الطفل على البدء بالحوار وكيفية الاستمرار فيه.

٣ - التعامل مع مستجدات الحوار: فعلى المعالج معرفة قدرة الطفل في التعامل مع مستجدات الحوار، من مثل انتقاء الموضوع غير المناسب وبالتالي الخروج بسلاسة من هذا المأزق وتغيير مجرى الحديث.

٤ - تحديد الموضوع الذي يريد أن يتحدث فيه، حيث إن بعض الأطفال

كان ينكره أو يوافقه فهذا يؤثر وبشكل كبير في طريقة الاختيار والعرض.

٥ - الالتزام بأدبيات الحوار وهي كما وسبق أن فصلنا فيها، الدقة والصدق وعدم التشتت والاستطراد بحيث يبقى المتحدث قريباً من الموضوع الرئيس.

وهكذا فإن هذا النمط من التحليل ينظر إلى اللّغة كوحدة متصلة تهدف إلى التواصل بين الناس، وبالتالي فإن هذا النمط يسعى إلى قياس كفاية الطفل التواصلية وقد سبق الحديث عن هذه الكفاية في الفصل الأول.

التدخل العلاجي (Intervention)

إن السير قدماً في عملية التدخل العلاجي، يرتكز ارتكازاً كبيراً على ما قدمناه من:

أ - تعريف للإضطرابات اللغوية كمصطلح ومفهوم، وما يتفرع إليه من جوانب ترتكز على فهم ومعرفة سير تطور اللّغة بشكلها الطبيعي.

ب - آليات تقييم هذه الاضطرابات.

ج - آليات جمع العينة الممثلة للغة الطفل.

وبهذا نكون قد وضعنا حجر الأساس في عملية العلاج، وكما تعددت الطرق في عملية التقييم، وفي عملية جمع العينة، فقد تعددت الطرق والاتجاهات في عملية العلاج. غير أننا سنعرض لاتجاه واحد، تاركين المجال مفتوحاً أمام الدارسين للعودة إلى المراجع المتخصصة للاستزادة. حيث إن عرضنا لهذا الاتجاه، لا يعني بالضرورة تميزه عن باقي الاتجاهات، فليس من عرضنا في الكتاب الدعوة إلى الالتزام باتجاه دون آخر. لأن كتابنا عبارة عن مقدمة في هذا الموضوع، ولا يخرج دورنا عن تسليط الضوء على المفاهيم الأساسية في حقل اضطرابات النطق واللّغة.

قبل البدء بعرض الاتجاه الذي اخترناه في العلاج فسوف نطرح بعض القضايا التي تساعد المعالج في النظر إلى عملية التدريب والعلاج بشكل منطقي غير مشوش.

كيف يتعامل المعالج مع الطفل وينقل له التعليمات الخاصة بالتدريب؟

يتوقع من المعالجين تزويد الأطفال بالآتي:

١ - المواقف التواصلية التي تطور إدراك الطفل للّغة ووظائفها، حيث إن هذه المواقف يتم اختيارها واستخدامها لتطوير وظائف معينة.

٢ - فرص للمشاركة في التواصل مع الآخرين لكي نقلل من الحواجز بين الطفل ومجتمعه.

٣ - أنماط للمشاركة وذلك باستخدام تمرينات مختلفة الأنواع، وذلك من أجل تحقيق هدفين وهما:

أ - استنباط القوانين اللغوية المختلفة.

ب- تطوير المهارات اللغوية.

❊ مراحل تدريس الأطفال وتدريبهم على اللّغة.

١ - الانتباه (Attention):

إن الانتباه هو العنصر الأساسي في تلقي التدريب، فإذا كان الطفل مشتتاً فلا فائدة من التلعيمات الملقاة إليه، لأنه لن يركز فيها التركيز المطلوب، ولن تصل له فكرتها. وقد يعاني عدد كبير من الأطفال المضطربين لغوياً من مشكلة الانتباه بحيث إنهم قد يميلون إلى العدائية أو الانعزال، وهذا الوضع يترك أثراً سلبياً على سير العلاج.

أهداف التدريب على الانتباه

أ - إيجاد قناعة لدى الطفل، بأن المدرب هو مصدر الإثارة والتعزيز، ولذلك فعليه الطاعة التامة دون الشعور بضغط أو إجبار.

ب - تطوير استجابات لدى الطفل كاستجابة لحركات من المدرب، بحيث يبني المعالج مع الطفل نظاماً خاصاً وهذا يزيد من تركيز الطفل.

ج - تطوير مخزون من الاستجابات القائمة على التقليد، لفظية وغير لفظية.

د - تدريب الطفل على توقع وقبول ا لتقييم غير الإيجابي لما يقوم به، ويعتبر هذا تغييراً في سلوكه إذا كان لا يقبل النقد سابقاً.

٢ - التدريب على المهارات:

أ - في البداية نحدد السلوكات التي نريد تدريب الطفل عليها، ونبدأ بإستخدام التكرار والإعادة.

ب- الدمج والمقارنة؛ وذلك بدمج المعلومات أو الخبرات التي تم تدريب الطفل عليها في الجلسات السابقة بالخبرات التي سيتم التدريب عليها في الجلسة الحالية ومن ثم عقد المقارنات فيما بينها وذلك ليتم تعزيزها وربطها.

ج - التقوية والتعزيز؛ حيث نراجع الطفل يومياً بما سبق تعلمه والتدريب عليه، ونستمر بالتعزيز المقدم ضمن آلية خاصة وذلك للمحافظة على السلوكات المتعلمة.

د - التعميم الموجه؛ وذلك بمساعدة الطفل على نقل ما يتعلمه في العيادة إلى واقع حياته اليومية، وذلك لأن هدفنا الأسمى هو تمكين الطفل من التواصل في حياته اليومية في واقع حياته.

٣ - شمولية التدريب: حيث إن على المعالج عدم إهمال أي جانب من جوانب اللّغة أثناء التدريب. بغض النظر عن المهارات والخبرات التي نريد التدريب عليها. لأن اللّغة كلٌّ متكامل وليست وحدات منفصلة.

٤ - استخدام تقمص الأدوار، مما يزيد من طلاقه الطفل، ويجب أن تكون هذه الأدوار من واقع حياة الطفل ومناسبة لعمره.

٥ - يجب أن تشتمل مهارات التدريب اللغوي على السياق الطبيعي لممارسة اللّغة الحوارية كوسيلة للتخاطب. إن التواصل يعني وجود طرفين، مرسل ومستقبل، وكلما كانت التفاعلات طبيعية، كانت أفضل في العلاج. وأثناء خلق الأجواء الطبيعية فليس من المهم التركيز على الدقة المتناهية في الكلام، ويمكننا التغاضي عن بعض الأخطاء حتى نشجع الطفل على الاستمرار، وحتى لا يشعر بالإحباط، وتصبح الخبرة اللغوية خبرة مخيفة ومكروهة . فدور المعالج تشجيع الطفل للتواصل بأي وسيلة، كلامية كانت أو غير كلامية.

٦ - يجب أن تكون اللّغة التي ندرب الطفل عليها مرتبطة بخبراته

الحياتية، إلـى أكبر درجة ممكنة، حتى نمكنه من نقل الخبـرات المتعلّمة إلى واقع حياته اليومية.

٧ - إن عملية التدريب اللغوي الناجح، هي العملية التي يقوم بها المدرب بحيث يجنب الطفل من الوقوع في سياقات لغوية تكثر فيها زلاته.

٨ - التـدريب اللغـوي يجب أن يشتـمل على أوليـاء الأمـور كجـزء من عمليـة التدريب وذلك لأن الطفل يقـضي معظم وقتـه في البيت بين والديه، وأي خبرة جديدة سيتعلمها سيمارسها معهما.

نموذج في العلاج الوظيفي (Functional Approach)

قبل البدء بعرض آليات العلاج ضمن هذا الاتجاه، لابد من الوقوف على عناصر عنوان هذا الاتجاه، فإن هذا العنوان يتكون من شقين وهما، الاتجاه الوظيفي والعلاج، فما هو الاتجاه الوظيفي وكيف ينظر إلى اللّغة.

ينظر هذا الاتجاه إلى اللّغة على أنها وسيلة للتواصل تستخدم لإيصال المعاني، كما تنظر إليها على أنها عمليات داخلية، تحدث مجرياتها داخل الدماغ، وليست عبارة عن عملية ميكانيكية تفسر بمعادلة الاتجاه السلوكي: مثير - استجابة - تعزيز - ثبات في السلوك وكذلك فإن الإتجاه الوظيفي ينظر إلى اللغة على أنها عبارة عن مخرجات تشير إلى العمليات الداخلية، وللوقوف على هذه العمليات وفهمها، فلابد من اللجوء إلى النماذج الموضحة (Models) وقد أسهبنا في الحديث عن النماذج، وقد قلنا : إن النموذج الجيد هو النموذج الذي يربط بين الناتج اللغوي المسموع أو المرئي المكتوب بالعمليات الداخلية ومما يميز هذا الاتجاه أنه يركز وبشكل ملموس على المستوى الاستخدامي (Pragmatics) أكثر من باقي المستويات، مما يجعل الهدف الأسمى للعلاج هو تمكين الطفل من التواصل في البيئة المحيطة. وذلك بنقل وتعميم الخبرة المتعلّمة خلال الجلسة العلاجية إلى واقع حياته اليومية، ونستطيع القول: إن الاتجاه الوظيفي ينظر إلى اللّغة

ككل متكامل، وليس كوحدات منفصلة، وهذا ما يفسر اهتمام هذا الاتجاه بجانب الاستخدام بشكل يفوق باقي المستويات. ويظهر لدينا إلى جانب هذا الاتجاه ما يسمى بالاتجاه التقليدي في العلاج (Traditional Approach) ويتسم هذا الاتجاه بأنه يركز على اللّغة البحتة، دون إعطاء خصوصية لمستوى الاستخدام، مما يخلق لدى الطفل اتجاهاً سلبياً، حيث إنه لا يميل إلى المبادرة ويكتفي بأن يكون متلقياً بعكس الاتجاه الوظيفي الذي ينصب اهتمامه على هذا الجانب، مما يولد لدى الطفل اتجاهاً ايجابياً نحو المبادرة، ومع ذلك فإن الاتجاه الوظيفي يواجه ببعض المعضلات من مثل التعامل مع حالات التخلف العقلي، حيث إن المبادرة لديهم أصلاً قليلة جداً، أما الاتجاه التقليدي فيواجه بمشكله التعميم للخبرة المتعلّمة. أما بالنسبة لمعيار التقدم فإن الاتجاه الوظيفي يهدف إلى تحسين القدرة على التواصل، أما الاتجاه التقليدي فيهدف إلى تحسين القدرة على ممارسة مستويات اللّغة، ولهذا فينصح المعالج بأن يكون انتقائياً في طرق علاجه وألاّ يركز على منهج دون آخر، حيث إن لكل حالة خصوصيتها.

كما قلنا، فان الاتجاه الوظيفي ينظر إلى اللّغة على أنها وسيلة تواصلية بين الناس وليس عبارة عن كلمات منطوقة بشكل صحيح، وإنما هي عملية قائمة على أهداف تأخذ مكانها ضمن نطاق الظروف المتغيرة للسياقات والمواقف وبالتالي من النص الحواري الذي يتكون من عناصر متداخلة تمثل أبعاداً لهذا النص وهي:

١ - **الغـرض من الحـديث**: ونعني به تحـديد الغـاية سـن الكلام، وهذا يؤثر على ما سيقال، وعلى كيفية إيصال الفائدة منه.

٢ - **المحتوى**: ونقصد به جوهر الموضوع المراد طرحه وهذا يؤثر على شكل وأسلوب الطرح.

٣ - **نمط الحديث**: فـهل هو نقاش أم عـرض، أم إنكار، حـيث إن كل نمط يتطلب أسلوباً خاصاً. من مثل ارتفاع الصوت أو انخفاضه، والمراوحة في النبر، والسرعة في الطرح أو البطء وما إلى ذلك من أمور.

٤ - **سمات أطراف الحوار**: و يقصد به صفـات المشاركين في المحادثة من حيث العمر والجنس والمكانة الاجتماعية، حيث إن هذه السمات ذات أثر عال على سير مجريات الحوار.

٥ - **المكان**: ويقصد به المكان الذي سيمـارس فيه السلوك اللغوي، فهل هو في العيـادة أم في البيت أم في المدرسـة، فكل مكان يحتـاج إلى طريقة خاصة للتعامل فيه.

٦ - **طبيـعة التـفاعل**: ويقصـد به كيـفيـة تناقل الأدوار في الحديث أو بيـئة الحوار، فـهل هي كـلام موجه مـن شخص كـبير إلـى صغيـر؟ أم بين أصدقاء؟ حيث إن بيـئة الحوار تلعب دوراً كبيراً في اختيـار التعبيرات المناسبة لكل وضع. وكما قلنا، فإن النص الحواري محكوم بأدبيات لا ينبـغي الخـروج عنهـا وهي: الارتباط بـجوهر الموضـوع دون تشـتت،

والتزام الصدق، وترابط عناصر الموضوع المطروح وتجنب الغموض، والعرض بإيجاز دون استطراد يشوّه الفكرة، والتزام الأدب أثناء الكلام، غير أن مسألة الأدب في الكلام نسبية. تختلف باختلاف المكان والزمان والمشاركين وبطبيعة الموضوع المطروح، فبعض البيئات على سبيل المثال تفضل الكلام بصوت مرتفع بينما تفضله أخرى بصوت منخفض وليس هذا فقط بل تعتبر أن الارتفاع في الصوت منافياً للأخلاق.

أسس يقوم عليها العلاج الوظيفي:

١ - استخدام أفراد الأسرة والمدرسة كعوامل مساعدة في تعلم اللّغة.

٢ - استخدام النشاطات اليومية لتشجيع التواصل الوظيفي.

٣ - يعتبر المعالج بمثابة المستشار للمساعدين الآخرين في التدريب اللغوي، كما يدربهم على كيفية حث الطفل على التحدث.

٤ - يتطلب العلاج اللغوي أكثر من مجرد تبنى أسلوب للمحادثة ، لأن الهدف من العلاج يتلخص في تدريب الطفل على الاستعمال المقيد للّغة ضمن السياق اليومي وهذا ما يجعل التخطيط مهمة رئيسية.

٥ - يجب أن تبدأ عملية العلاج بوضع خطة للتعميم، لتحديد صفات بيئة

الطفل التواصلية، التي لها علاقة بالتعميم.

٦ - تعميم الاستراتيجيات العلاجية، والاستفادة من الجوانب التي تم تحديدها في بيئة الطفل التواصلية.

مبادئ العلاج في الطريقة الوظيفية:

يقدم هذا الاتجاه نموذجاً للعلاج يرتكز على المتغيرات التي تؤثر في عملية التعميم، ومن الضروري إشراك الطفل في حوار ذي معنى، أو في موقف تواصلي ليصبح هذا الموقف وسيلة للتعلم والتعميم، وهذا يتطلب أن يكون المعالج مدركاً لبعض المبادئ التي تساعد الطفل على التواصل والتعلم، ومن هذه المبادئ:

١ - إعداد المدرب كمعزز للسلوك اللغوي.

٢ - محاكاة التعلم الطبيعي.

٣ - الاستعانة بمبادئ التطور العامة.

٤ - متابعة مبادرة الطفل.

٥ - الحرص على التفاعل بين الطفل والمعالج.

٦ - تأثر اللّغة إلى حد كبير بالسياق.

٧ - تصميم خطة تعميمية.

١ - إعداد المدرب اللغوي كمعزز للسلوك اللغوي:

حتى يكون المدرب معززاً للسلوك اللغوي لدى الطفل، فيجب أن يكون

مقبولاً لديه، وأن يشعر الطفل بالرغبة بالتواصل مع المدرب، ولكي يتم هذا القبول لابد للمدرب أن يتصف بما يلي:

أ - أن يتصف المدرب بصفات يحبها الأطفال من مثل حب اللعب، والغناء.

ب - أن يشعر الطفل في القبول كطرف في الحوار، ويتم هذا الشعور بتخفيف سلطة المدرب وإبداء انتباهه، ورغبته في متابعة المواضيع التي يثيرها الطفل.

ج - إدامة التقبل لحديث الطفل بتقديم التغذية الراجعة له.

د - أن يشعر المدرب الطفل بأنه يحترمه ويقدر كلامه.

هـ - أن ينظر المدرب للعالم من خلال منظور الطفل، فالعالم في نظر الطفل مفعم بالعجائب والسرور والأشياء التي لا يمكن تفسيرها.

و - أن يكون لدى المدرب الرغبة الأكيدة في الاستماع للأطفال ورعايتهم وتقبل ما يثيرونه من أمور.

ز - أن يجعل المدرب العلاج مقبولاً لدى الطفل وليس مفروضاً عليه، وقد يتبادر إلى ذهن المدرب أثناء عملية العلاج السؤال الآتي، ما المعنى الذي يستخلصه الطفل من هذا الموقف؟ فالنشاط الذي يبدو ملموساً بالنسبة للمدرب قد يكون أمراً مجرداً بالنسبة للطفل، مما يؤدي إلى انقطاع التواصل بين المدرب والطفل. لذا فعلى المدرب أن يفكر ملياً قبل اختيار المواقف التي سيضع فيها الطفل، ومما تجدر

الإشـارة إليه أن القليل من اسـتجابات الطفل يمكن اعـتبـارها خطأً كـامـلاً، إذ إن مـا يبـدو خطأ، إنما يدل على فـهم الـطفل للمـوقف وللعلاقـات الخفية، لـذلك فعلى المدرب تقبل الطفل، وهذا التـقبل يتضـمن تفوهاته أيضـاً، لذلك وحتى يتم التدريـب بنجاح يجب أن تتم في سـياق يوفـر جواً ممتـعـاً مفـعمـاً بالمفاجـآت والإثارة والمرح والعفوية، وهنـا يظهر إبداع المدرب في خلق الأجواء الطبيـعية التي ينتج عنها كون المدرب معززاً للسلوك اللغوي لدى الطفل.

٣ - محاكاة التعليم الطبيعي:

أ - يجب أن تكون استراتيـجيـات العلاج اللغـوي أقرب مـا يمكن من عملية اكتـساب اللغة الأم، إذ يجب أن تكون الاستراتيجـية اللغوية العلاجـية تواصليـة في طبيعـتها لأن تعليم اللّـغة دون التركـيز على وظيفة الـتواصلية يحرم الطفل من الواقـعية الذاتية ومن عنصـر مهم وهو القدرة على التعميم.

ب - يجب أن تكـون نماذج اللغـة الطـبيـعـيـة من الوالـدين والمدرسين والمسـاعـدين، بمثـابة مصـادر أوليـة لتطبيـق العـلاج، فـمن الممكن استـغلالهم بشـكل جيد إذ تم إرشـادهم وتدريبـهم على استـخدام أساليب من شأنها تسهيل عـملية التعلم، وبذلك يصبح دور المعالج اللغوي استشارياً.

٣ - الاستعانة بمبادئ التطوّر العامة:

إن مراحل تطور اللّغة عند الأسوياء، قد يساعدنا في اختيار أهداف التدريب، فما هي سمات تطور اللّغة عند الأسوياء؟

١ - تتطور لغة الأطفال العاديين بطريقة متماثلة بالرغم من وجود فروقات فردية في القدرات اللغوية.

٢ - اكتساب الوظيفة اللغوية يسبق اكتساب الشكل أو الكلمات المستعملة للتعبير عن هذه الوظيفة.

٣ - يبدأ الطفل باكتساب التراكيب البسيطة والسهلة قبل اكتسابه للتراكيب الأكثر صعوبة.

٤ - يستخدم الأطفال اللّغة التي يمتلكونها لتحقيق أهداف أو استعمالات لغوية تشكل الإطار الذي تتطور من خلاله الأشكال الجديدة.

وهكذا يتشكل تسلسل هرمي لاكتساب اللغة، يساعد في تحديد خطوات التدريب ولكن على المعالج ألا يتبنى تسلسلاً لغوياً معيناً دون إدخال بعض التعديلات عليه ذلك أن التقيد الأعمى غير مناسب لسببين وهما:

١ - تطور اختبار الفرضيات التي يجريها الطفل أثناء تعلمه لقواعد اللّغة قد يؤدي إلى تكون استراتيجيات غير منتجة.

٢ - التعلم الجيد قد يوجد أنماطاً تعليمية بديلة.

أنماط التطور اللغوي:

قد تشكل أنماط التطور اللغوي دليلاً مرشداً لعملية العلاج، حيث إنها تشير إلى الأسس الآتية:

١ - تتطور اللّغة من وسائل غير لغوية تواصلية.

من الطبيعي أن اللّغة لم توجد فجأة وإنما تطورت عبر مراحل مختلفة إلي أن وصلت إلى شكلها الأخير، حيث يستخدم الطفل في حياته المبكرة الحواس المختلفة لاكتشاف ما حوله، فيبدأ بالاستماع إلى المثيرات الصوتية، ويتعرّف إلى العلاقات التي تربط الأشياء بعضها ببعض، وفي أثناء هذه الفترة يستخدم جهازه الصوتي ليعبر عما يريد، ولكن بطريقته الخاصة إلى أن تصبح لديه القدرة على استخدام الكلام في التعبير عن نفسه، ومن هذا المنطلق فعلى المعالج أن يبدأ ببرنامج بسيط خال من التعقيد وأن يتدرج في برنامجه وصولاً إلى الاستخدام الحقيقي للّغة.

٢ - إن المتطلبات الاجتماعية والمعرفية على قدر عال من الأهمية، بحيث يتمكن الطفل من استعمال اللّغة بطرق مختلفة تمثل واقع حياته، فالطفل يحتاج إلى فهم مستلزمات ومتطلبات المواقف المختلفة لكي يتسنى له التواصل المؤثر فيها. حيث إن هذه المتطلبات والمستلزمات تسبق ظهور الكلمات الأولى، وقد سبق أن أشرنا إلى أن الطفل يبني نظاماً لغوياً ضمن عمليات داخلية قبل البدء باستخدام الرموز اللغوية، فمعرفة الطفل لمفهوم الجمع مثلاً تحتم عليه أن يكون لديه تصور للعدد الواحد، وبالتالي ماهية تدرج العدد وصولاً إلى الجمع،

وهكذا فإن استخدام الطفل لمفهوم ما لا يكون فجائياً أو بين ليلة وضحاها (One day overnight).

٣ - القوانين السهلة تكتسب عند الأطفال قبل تلك الأكثر تعقيداً، وبالتحليل المتأني لكل هدف تدريبي جديد مع مراقبة مدى التقدم، يصبح بإمكان معالج النطق واللغة التأكيد على أن الطفل يمتلك القوانين الصحيحة، والخبرة الجديدة، حيث من غير المفضل لجوء المدرب إلى التغييرات المفاجئة في الموقف التدريبي دفعة واحدة.

٤ - التطور ليس واحداً لكل نواحي اللّغة، فمن الممكن أن يكون لدى الأطفال مهارات غير مكتملة، أو أنهم قد يكونون أكثر مهارة في ناحية من اللّغة بشكل يميزها عن النواحي الأخرى. وهذا موجود لدى الأطفال الأسوياء لغوياً، إذ إن التطور والتأخر من الممكن أنه يكونا غاية في الفردية ومن الممكن ألا تتبعا سير التسلسل التطوري.

٥ - اختلاف تصرفات الأطفال حسب اختلاف مستويات تطورهم اللغوي، فقد يقول الأطفال جملاً تمثل المستوى الذي وصلوا إليه، كأن يقول: «بابا شغل» ويقصد بها باب ذهب إلى الشغل. فإن هذه الجملة ليست لفظاً مشوهاً لجمل البالغين، إنما هي كما ذكرنا ليست أكثر من توضيح للقوانين المناسبة لكفاءتهم اللغوية، ومن هنا فإن على المعالج استهداف قوانين الطفل بدلاً من قوانين البالغين الأكثر تعقيداً، إذ إن هذه القوانين توفر أهدافاً مناسبة لتدريب المتأخرين لغوياً.

٤ - متابعة مبادرة الطفل:

إنه لعلى درجة متساوية من الأهمية، أن يتنبه المدرب ومساعدوه لمضمون اللفظ وهدفه عند الطفل، وأن يتجاوبوا مع ذلك المضمون والهدف. وبالتالي فيجب أن تكون الطرق التدريبية التي يتبع فيها المدربون مبادرة الطفل، على درجة عالية من التأثير، كون التدريب يتم بنجاح عندما يكون الطفل متنبهاً، وقد أسلفنا الحديث عن أهمية انتباه الطفل ودوره في نجاح عملية التدريب واكتساب الخبرات.

ولتعليل سلوكات الطفل فيجب أن تفسر على ما قصده الطفل، لا أن ينظر إليها على أنها تصرفات خاطئة وغير مناسبة، فعندما يأخذ الطفل زمام المبادرة للتفاعل يلقى التجاوب المثمر، فإن قيمة التعلم تكون أكبر فيما لو أهملت مبادرته وأعيقت. ولهذا فعلى المعالج اتباع مضمون حديث الطفل، والتحكم بالمحادثة بتشجيع الصفات اللغوية المطلوبة. والمرغوب فيها، والتصويب بشكل غير مباشر، لأن إستخدام ردود الفعل الموجهة من قبل المعالج لحري بتقليل الرغبة عند الطفل على المبادرة.

٥ - الحرص على أن يتفاعل الطفل معك بنشاط:

فالتعلم الأكثر نجاحاً هو الذي يحدث عندما يشترك الطفل المتأخر لغوياً في بعض الأحداث بصورة مؤثرة، فكلما كان الطفل متفاعلاً بصورة نشطة، كان التعميم أعظم وأكثر ثباتاً، لذا فيجب أن يحتوي العلاج على نشاطات مشتركة محفزة، مع أهمية التنويع في السياقات اللغوية.

٦ - تأثر اللّغة إلى حد كبير بالسياق:

فمن الممكن اعتبار السياق محدداً أو مقرراً كبيراً لما يقال، وكيف يقال، واستعمال اللّغة يعكس الكفاءة اللغوية والثقافية الخاصة بالعلاقات بين الأفراد وضمن سياق معين، فمعرفة الفرد بالموقف تؤثر على الطريقة التي يستخدم فيها اللّغة في ذلك الموقف، كما ويجب أن تتم المعالجة في سياق الأحداث اليومية، ويحتاج المدرب اللغوي إلى خلق سياق غني، بحيث يتمكن الطفل المتأخر لغوياً من اكتساب خبرة متنوعة لغوية وغير لغوية.

٧ - صمم خطة تعميمية أولاً:

إن التعميم على درجة عالية من الأهمية لبرنامج العلاج الذي تم تصميم خطته، ولذلك فيجب أن يُحدّد قبل البدء بالتدريب تصميم مثل هذه الخطة وأن يضع فيها المعالج اعتباراً للحاجات الفردية للطفل وللبيئة والمتغيرات ذات العلاقة والتي تؤثر في التعميم.

* متغيرات التعميم.

أ - متغيرات المضمون

١ - أهداف التدريب   ٢ - وحدات التدريب

ب - متغيرات السياق

١ - طرق التدريب   ٢ - ميسرات التدريب

٣ – خبرة المدربين. ٤ – التعزيز ٥ – المكان.

أ – متغيرات المضمون

١ – أهداف التدريب:

يجب أن تكون أهداف العلاج ذات علاقة بحاجات الطفل الخاصة، وضمن بيئة التواصل، كما يجب أن يستهدف عملية استخدام اللّغة، وعلى المعالج الإجابة عن التساؤلين التاليين من خلال وضع أهداف العلاج.

أ – ما الوظيفة التي ستكون للأشكال والمضمون الذي ستعلمه؟

ب – هل المضمون والأشكال التي تُدرب ضمن سياق الحدث التواصلي كافية لتحقيق الوظيفة المرجوة منها؟

كيف تختار أهدافك في العلاج؟

١ – الأهداف الأكثر استعمالاً ولها علاقة أكثر بعالم الطفل تعتبر أكثر قابلية للتعميم، فهي تحاكي نشاطات الطفل في واقع حياته المعاشة.

٢ – تحتاج للأهداف اللغوية التي من شأنها رفع تأثير الطفل كمشارك متواصل وذلك لضمان استمرار انتباهه، وزيادة بالاهتمام في اتباع مبادراته.

٣ – يجب أن يكون الهدف من العلاج هو تواصل ناجح من الطفل بما يتناسب ومستواه الوظيفي الحالي، فكما قلنا: فإن تعبيرات الطفل ما

هي إلا صورة لقدراته وكفايته ولهذا فعلينا ألا نقارنها بلغة البالغين، فلكل قوانينه في أدائه اللغوي كما أوضحنا ذلك في الفصل الثالث من الباب الأول عندما تحدثنا عن لغة الأطفال ومقارنتها بلغة البالغين.

٤ - تساعد خطط الإرشاد التطوري في اختيار الأهداف المناسبة، إلا أنها يجب أن تتبع بحذر شديد.

٥ - كلما كانت الأهداف تتبع ا لنمو الطبيعي للغة، كلما كانت أكثر نجاحاً، فالأشكال التي تظهر مبكراً يمكن أن تستقبل بتجاوب أكثر، وتسبق الأشكال التي تظهر متأخرة.

٦ - تتم الطريقة المثلى لتحديد وتقرير الحاجات عن طريق ملاحظة البيئة التي يعيش فيها الطفل.

٧ - يجب على المعالج تحديد الأهداف والمواقف اليومية التي من الممكن لهذا الهدف أن يجري فيها والذي سيكون استخدامه متأثراً أو مؤثراً في السياق.

٢ - وحدات التدريب:

١ - يجب أن يخطط المعالج لأن يدرب الطفل على أمثلة كافية للصفة المستهدفة ليمكنه من تعميم الخبرة المتعلمه. وكذلك تمكنه من تقرير ما له علاقة وما ليس له علاقة من مناحي السياق

التواصلي.

٢ - عندما يستهدف شكل نحوي أو وظيفي، فإنه من المهم اختيار كلمات مضمون أو ألفاظ موجودة في الأصل في حصيلة الطفل اللغوية، وكذلك فإن المعالج الماهر يختار أطراً بنائية مألوفة لدى الطفل، وهذا ما يطلق عليه: أشكال جديدة بمضمون قديم أو أشكال قديمة بمضمون جديد.

٣ - يتطلب استخدام المحادثة التعرف إلى السياقات اللغوية التي يظهر فيها الهدف التدريبي أو لا يظهر.

٤ - التدريب الوظيفي يستخدم نماذج متعددة، الأمثلة كالتصنيفات المتعددة أو الوحدات التدريبية ومساعدي التدريب اللغوي ومواقع متعددة، وهذه التصرفات ضرورية ومهمة للتعميم.

متغيرات السياق

١ - طريقة التدريب:

من المفروض نظرياً أن تكون الطرق الوظيفية مؤثرة لأنها تشمل وتستوعب مبادئ السلوك اللغوي، كما تستخدم أيضاً السياق الطبيعي الذي تجري فيه المحادثة، والذي يمكن تعديله بصورة منظمة بواسطة مساعدي المدرب، والتعميم فيها أكثر احتمالية من تلك التيارات البنائية، وذلك لأن المفاتيح المستخدمه تشبه تلك المفاتيح المتغيرة والموجودة في

الأحداث التواصلية، بالإضافة إلى ذلك، فإن انتباه الطفل مركز على أشياء وأحداث موجودة في بيئته الطبيعية.

يوفر النموذج الوظيفي سياقاً ديناميكياً لتعليم اللّغة على هذه الأحداث، وبالتالي فإن برامج اللّغة يجب أن تكون مؤسسة على الحاجات التواصلية، وأن تكون مخططة مع هذه الوظائف، مع الأخذ بعين الاعتبار أن التدريب موجه للتواصل وليس نحو أجزاء منفصلة من اللّغة، ويشتمل التيار الوظيفي على:

أ - اختيار أهداف لغوية مناسبة للطفل وللبيئة.

ب- ترتيب وتنظيم البيئة لتزيد من احتمالية مبادرة الطفل للحديث.

ج - التجاوب مع مبادرات الطفل.

د - تعزيز محاولات الطفل بالاهتمام والوصول إلى البيئات التي أظهر الطفل اهتماماً تجاهها.

٢ - ميسرات التدريب

ويقصد بها ما يسهل عمل المدرب من حيث السير الناجح للعلاج وضمان تفاعل الطفل أثناء الجلسة العلاجية، ولضمان هذه العناصر فعلى المعالج اتباع الآتي:

١ - استخدام سياقات مختلفة بحيث تغطي الأهداف المرجوه، ولضمان عدم شعور الطفل بالملل.

٢ - الاستعانة بأكبر عدد ممكن من المشاركين، محاولين بذلك خلق أجواء طبيعية مشابهة للظروف التي يعيشها الطفل في واقع حياته.

٣ - على المعالج أن يعير اهتماماً واضحاً للتفاعل النشط بينه وبين الطفل.

٤ - على المعالج أن يتبع مبادرة الطفل، وأن يشجعه على المشاركة، حيث إن المعالج الناجح هو الذي يخلق الأجواء المناسبة لكي تكون مبادرات الطفل في خدمة أهداف التدريب وللتعامل مع الطفل لدينا أسلوبان وهما: الأسلوب التوجيهي والأسلوب التيسيري أما الأسلوب التوجيهي فيطرح الطرق الآتية:

أ - أن يبادر المعالج بما لا يقل عن نصف موضوعات الحوار خلال الجلسة العلاجية.

ب- استخدام الأسئلة المباشرة لحث الطفل على المبادرة.

ج - اللجوء إلى التقليد بين فترة وأخرى أو التوسع فيما يبادر به الطفل إلى جانب الأسئلة المباشرة، ومن هنا ينصح المعالج أن يعتمد على التشجيع والتقليد ومحاولة التوسع في الموضوع الذي يبادر به الطفل بدلاً من طرح الأسئلة المباشرة.

د - على المعالج المحاولة لتجنيب الطفل الوقوع في الزلل، واللجوء إلى الأسئلة المباشرة لمساعدته في الخروج من زلاته.

أما الأسلوب التيسيري فيطرح الطرق الآتية:

أ - أن يبادر المعالج بشكل يقل عما يبادر به في الأسلوب التوجيهي.

ب - ينصح المعالج باستخدام الأسئلة غير المباشرة، ومحاولة الالتفاف على الطفل للوصول إلى الهدف المرجو.

ج - ينصح المعالج أن يرتكز بشكل أساسي على الايضاحات المباشرة والاستمرار بالتشجيع إلى جانب التقليد والتوسع. واللجوء إلى الأسئلة المباشرة عند الضرورة.

د - عدم المحاولة لتجنيب الطفل من الوقوع في الزلل ولكن بعد وقوعه في الزلل تعاود المبادرة بالموضوع ولكن بشكل يقل عن الأسلوب التوجيهي.

٣ - أمور يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء التدريب:

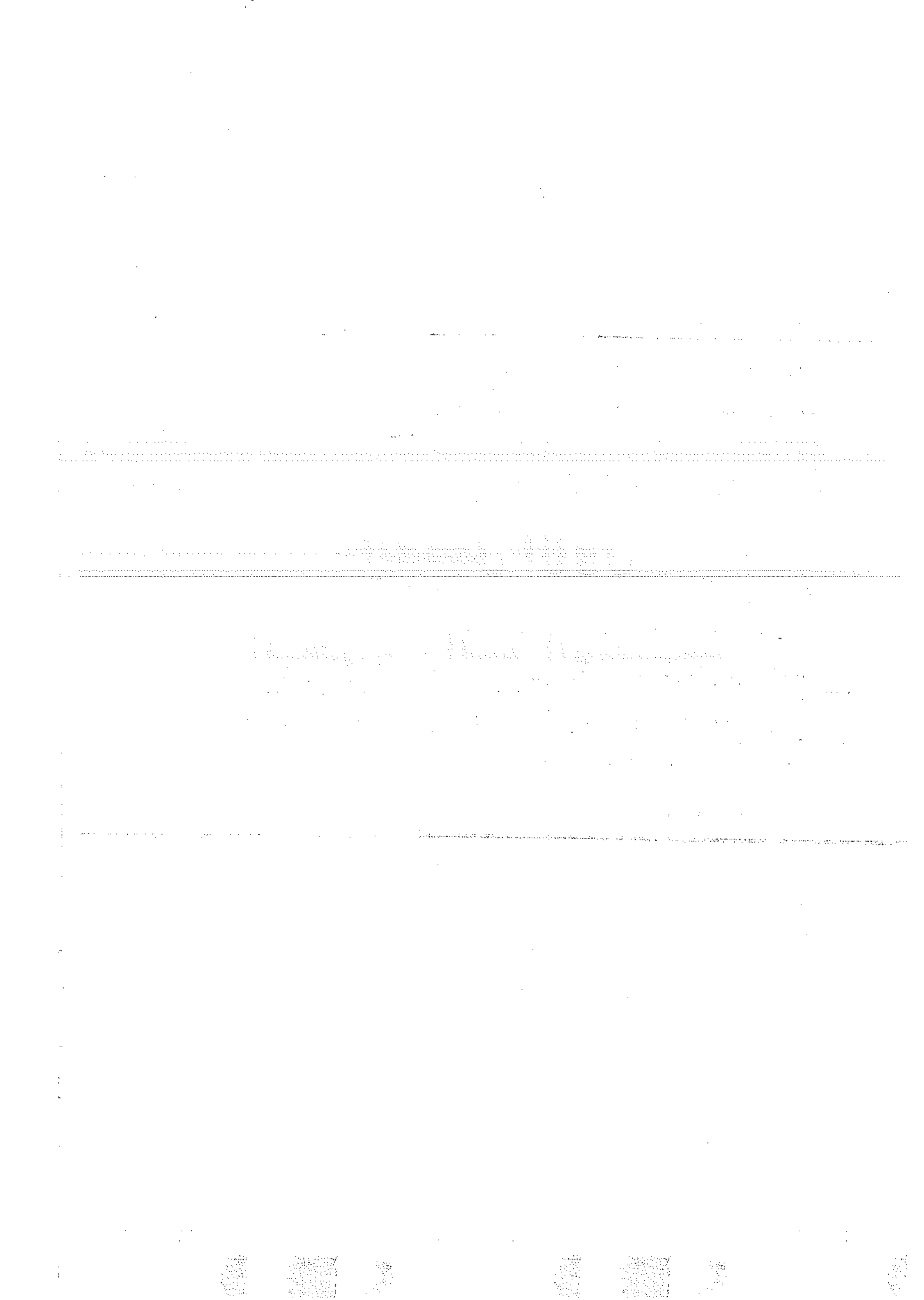
أ - يجب على المعالج التنبه إلي السياقات اللغوية ومدى تنوعها.

ب - تفادي الأمور التي تقلل من كمية التعميم ومنها، طبيعة البرامج التدريبية التي تعتمد على المثير والاستجابة والمحكومة بمثيرات معينة قد لا تتوفر في واقع حياة الطفل. فعلى المعالج أن يوظف برامجه التدريبية في مواقف يمر بها الطفل في حياته اليومية.

أما بالنسبة لموقع التدريب وبيئة المحادثة فقد تحدثنا عنها في أكثر من موقع في هذا الفصل.

الفصل الأول

اضطرابات اللغة (المكتسبة)



٣ - اضطرابات اللغة (المكتسبة)

تمهيـــد

في الجزء الأول من هذا الفصل تحدثنا عن الاضطرابات اللغوية عند الأطفال وقلنا: إنها غالباً ما تصيب الطفل منذ ولادته في سني عمره الأولى ولذا أطلق عليها اضطرابات تطوريّة (Developmental) وقلنا إن هذه الاضطرابات تصيب العمليات الداخلية لمعالجة اللغة، وتطور هذه الاضطرابات تظهر من خلال تواصل الطفل مع الآخرين. وهنا قد يطرح هذا السؤال ، هل تكون اللغة في منأى عن الإصابة بعد اكتمال تطورها أو في سن البلوغ، بالطبع لا، فاللغة كما سبق وأشرنا أنها تتمركز في مناطق معينة في الدماغ؟ والدماغ كما نعرف عضو من أعضاء جسم الإنسان، وهو معرض كغيره من الأعضاء للإصابة بأي حادث أو مرض وبالتالي فإن اللغة المتمركزة فيه معرضة في أي وقت للإصابة. ومن هنا فإن اللغة الناتجة عن خلل مرضي في الدماغ يطلق عليها إصابة عصبية لغوية (Neurolinguistic) لأنها نتاج لإصابة الأعصاب أو الخلايا الدماغية.

قبل البدء بمناقشة الاضطرابات التي تصيب اللغة كنتيجة لإصابة في الدماغ ، فسوف نعرض وباقتضاب إلى ما تمت الإشارة إليه في فصل مراكز اللغة في الدماغ وذلك لما لهذه الجوانب من أهمية كبيرة لفهم هذه الاضطرابات، وحتى لانكلفك عزيزنا القارئ عناء تقليب صفحات الكتاب بحثاً عن المعلومة فتفقد أثرها واتصالها بلب الموضوع.

استدل العلماء على طبيعية العلاقة بين الاضطرابات العصبية والاضطرابات اللغوية من خلال الحالات التي عرضت لهم، حيث إن من يصاب باضطراب عصبي فإن هذا الاضطراب يظهر أثره بشكل أو بآخر على لغة هذا المصاب وقد لاحظ العلماء أيضاً أن هناك علاقة بين الضعف اللغوي والجزء المصاب في الدماغ، فالمنطقة المصابة في الدماغ تعطينا إشارة أو دلالة على الضعف الحاصل في اللغة والعكس صحيح. ومن هنا فقد استدلوا على تمركز اللغة في الجانب الأيسر من الدماغ وهذا لا يعني استبعاد النصف الآخر من عملية التحكم باللغة تماماً. يواجه العلماء في هذا المجال بعض المصاعب إذا كانت الإصابة الدماغية عامّة (Global) فإن تحديد وربط الخلل في وظيفة ما بمكان الإصابة يصبح أمراً صعباً، هذا إلي جانب اعتماد هذا العلم على عدد الإصابات لإقامة الدراسات ومعرفة أثر الإصابة على اللغة، فالإنسان له حرمات ولا يمكن إجراء الدراسات من هذا النوع إلا بعد الإصابة . وحيث إن اللغة خاصة بالإنسان دون باقي الكائنات الحية، فلا يمكن إخضاع حيوانات في المختبر لدراسة استجاباتها اللغوية كما جرت العادة في معرفة الاضطرابات الجسيمة ومدى تأثير العقاقير فيها.

سنتحدث في هذا الفصل عن الاضطرابات اللغوية الناتجة عن خلل في الدماغ ولحدوث هذا الخلل فهناك أسباب كثيرة منها:

١ - الحوادث: من مثل حوادث السير أو السقوط من أماكن مرتفعة أو

ارتطام الرأس بجسم صلب وهذا يعني تعرض الدماغ لإصابة بسبب خارجي.

٢ - ارتفاع درجات حرارة الجسم والدماغ.

٣ - الأورام على الدماغ.

٤ - الظروف النفسية الحادة.

٥ - النزيف على الدماغ.

ونستطيع القول إن إصابة الدماغ بسبب خارجي أو داخلي، وشمول مراكز اللغة بهذه الإصابة يعرّض لغة الإنسان للاضطراب. ولفهم الاضطرابات اللغوية الناتجة عن خلل في الدماغ لابد من الإحاطة بالنواحي الآتية:

١ - تشريح ووظائف الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System).

٢ - نتائج الأبحاث التي أجريب في هذا المضمار.

٣ - معرفة وظائف جزئي الدماغ الأيمن والأيسر.

٤ - الدراسات المسحية لاضطرابات الدماغ وخاصة ما يؤثر على جانبي اللغة الإنتاج والاستيعاب.

السكتة اللّغوية «الأفيزيا» Aphasia:

هناك عدد كبير من التعريفات وضعت لهذا الاضطراب، فما زلنا

نتحدث عن اللغة وإضطراباتها. وهي كما قلنا عالم كبير يصعب الإحاطة به غير أن إصابة اللغة نتيجة لخلل في الدماغ يمكن تحديدها أكثر، حيث إن اللغة تكون قد اكتملت وبالتالي فنحن نبحث عن الأجزاء الضائعة، وهذا لا يعني أن علاجها أسهل من الاضطرابات اللغوية عند الأطفال.

تعرّف السكتة اللغوية (Aphasia) على أنها:

١ - خلل في العمليات اللغوية بشقيها الاستيعاب والإنتاج، ناتج عن خلل في منطقة معينة في الدماغ.

٢ - فقدان أو تعطيل لوظائف لغوية (Language Functions) بجانبيها الإنتاج والاستيعاب نتيجة لتدمير (Damage) في الدماغ.

٣ - وجود خلل ما في النظام الثنائي للغة، الإنتاج والاستيعاب وقد يكون هذا الخلل في جانب واحد أو في الجانبين معاً.

ونخلص من التعريفات السابقة إلى هذا التعريف الشافي بهذا الاضطراب، وهو خلل أواضطراب أو ضعف في أحد جانبي اللغة أو في كليهما ناتج عن خلل في مراكز اللغة في الدماغ (Language Centrs).

ومن الجدير بالذكر أن السكتة اللغوية تصيب من يتواصل عن طريق المدخلات السمعية ومن يتواصل عن طريق المدخلات البصرية، وهذا يعني أنها قد تصيب من يتواصل باللغة العادية (الرمزية) وبنفس الدرجة من يتعامل بلغة الإشارة، وتعليل ذلك أن الإصابة إذا كانت في منطقة

الاستيعاب، فمهما كانت الطريقة التي توصل المدخلات إلى هذه المنطقة فالنتيجة أن تفسيرها سيتأثر بإصابة هذه المنطقة، ومن هنا فإننا نستبعد حالة الصمم أو الطرش من أن تكون من حالات السكتة اللغوية، لأنها ليست ناتجة عن إصابة المراكز اللغوية في الدماغ.

أداء المرضى المصابين بالسكتة اللغوية:

١ – الاستيعاب السمعي (Auditory Comprehension):

أ – يظهرون ضعفاً واضحاً في استيعاب ما يسمعون، قد لا يفهمون الأوامر الموجهة إليهم، وقد لا يستطيعون تسمية أشياء تطلب منهم.

ب– الخلط في الكلمات المتشابهة في المعنى أو في اللفظ؛ وذلك بسبب الاستيعاب المتدني.

٢ – القراءة (Reading):

أ – قد يظهرون عجزاً في تمييز ومعرفة الكلمات المكتوبة؛ وقد يقرأون الكلمات ولكن بدون فهم.

ب– تبدو الكلمات المألوفة لهم قبل الإصابة وكأنها كلمات غير مألوفة.

ج – يظهرون بطئاً في القراءة إلى جانب الأخطاء فيها.

د - قد يظهرون عجزاً في ربط الكلمة بصورتها.

٣ - الكلام (Speaking):

أ - قد يعانون من صعوبات في إيجاد الكلمة المناسبة عند الحاجة إليها.

ب- استبدال كلمة بأخرى ولكن من نفس المجموعة المعنوية (Semantic Category) فقد يستبدل كلمة ملعقة بسكين.

ج - قد يعانون من صعوبة في التعبير عن أنفسهم بشكل مباشر.

د - قد يلجأون إلى حذف الكلمات الوظيفية (Functional Words) من كلامهم وهذا يعني استخدام كلام التلغراف (Telegraphic Speech).

٤ - الكتابة (Writing):

أ - قد ينسون شكل الحروف.

ب- قد يكتبون كتابة عكسية.

ج - قد يحذفون أو يستبدلون بعض الحروف.

د - قد يظهرون أخطاء في الكتابة الإملائية.

هـ - قد يكتبون ببطء شديد.

٥ - **الإشارات (Gestures):**

أ - قد لا يفهمون المقصود بالإشارات.

ب- قد يظهرون عجزاً في التواصل عن طريق الإشارات.

سمات السكتة الكلامية:

١ - اضطراب خاص بنظام معالجة اللغة (Language Processing) في كلا جانبيها الإنتاج والاستيعاب، وهذا ما يميز السكتة اللغوية عن بعض الاضطرابات الأخرى من مثل بطء الكلام (Dysarthria) وعدم القدرة على إخراج الصوت بدقة (Apraxia) وسوف يأتي الحديث عن هذه الاضطرابات فيما بعد إن شاء الله.

٢ - إمكانية العلاج والتحسن؛ حيث إن ما يفقده المريض من وظائف لغوية يمكن استرجاعها من خلال العلاج المنظم. وهذا ما يميز السكتة الكلامية عن اضطرابات أخرى لا يرجى فيها الشفاء والتحسن. ومن هذه الاضطرابات التي لا يرجى شفاءها العته (Dementia) حيث إنه يصاحبه تلف تدريجي للدماغ وهذا يؤثر على اللغة بشكل واضح مما قد تجعلنا نعتقد أنها سكتة لغوية. من هذه الاضطرابات اللغوية غير الواضحة (Confused Language)، حيث إن المريض لا يكون واعياً إن كانت إستجاباته غير صحيحة. ومن هذه الاضطرابات أيضاً الاضطراب الوجداني (Emotional Disturbance) ويحدث هذا

الاضطراب نتيجة لصدمة عاطفية نفسية، ويتميّز المريض فيه بأداء لغوي محدود جداً مما يوقعنا بالخلط بينه وبين السكتة اللغوية. ومن هذه الاضطرابات الصمت اللغوي (Akinetic Mutisim) حيث يظهر المريض هائماً سارحاً لا يصدر أي صوت وكذلك فهو يوصف بالجمود وقلّة الحركة.

٣ – إن السكتة اللغوية غير مرتبطة بمهارة معينة وهذا يعتمد على مكان العطب وشدته، ولتحديد مكان العطب فإننا سنلجأ إلى نموذج يعيننا في ذلك.

نموذج براون لمعالجة اللغة (Brown Model of Language Processing):

ويتكون هذا النموذج من ثلاثة أجزاء وهي:

الجزء الأول: معالج اللغة المركزي:

حيث يقوم هذا الجزء بتحويل اللّغة المستقبلة إلى محتوى ذي معنى ومن ثم يحول هذه المحتويات الداخلية (داخل الدماغ) ذات المعنى، إلي لغة مرة ثانية، وحتى يتمكن الشخص من إنجاز هذه الوظائف فلابد من توفر الظروف الآتية:

أ – القدرة على الإفادة من مخزون المفردات (Lexicon).

ب – القدرة على الاحتفاظ باللغة بشكل يكفي لمعالجتها. والتعامل معها. وبالتالي القدرة على استرجاعها وتنسيقها بشكل صحيح.

ج - القدرة على الاختيار المناسب للمدخلات والمخرجات.

الجزء الثاني : المنظم الحركي للكلام.

إن تحويل الأفكار (Thoughts) إلى كلام يحتاج إلى برمجة وهذه البرمجة تتطلب حركة ما يقارب مئة عضلة خاصة بالكلام. وذلك لإنتاج الصوت المطلوب، حيث إن كل عضلة من هذه العضلات تتألف من مئة وحدة حركية . علماً أن الأصوات تنتج بمعدل ١٤ صوتاً في الثانية، وهذا يعني أن إنتاج الكلام يحتاج لما لا يقل عن أربعة عشر ألف حركة عصبية عقلية في الثانية، وهذا يعني إن أي عطب في النظام البرمجي للحركة يؤدي إلى اضطراب في إنتاج الأصوات الدقيقة (Apraxia).

الجزء الثالث: منتجات الكلام:

وتتضمن الأعصاب في المناطق الحركية وما يجاورها من مناطق، وإن العطب في أي من هذه المناطق ينتج عنه:

أ - البطء في الكلام. ب - الضعف. ج - عدم التنظيم المناسب في الكلام.

د - خلل في عملية التصويت (Phonation) والرنين (Resonance).

وقد أظهرت الشواهد العلمية أن إصابة اللغة والكلام تتبع المستوى الذي أصيب من خلال هذا النموذج. وهذا يعني أن إصابة معالج اللغة المركزي تؤدي إلى الإصابة بالسكتة وإن إصابة مبرمج اللغة تؤدي إلى الإصابة بالأبراكسيا وإصابة منتج الكلام تؤدي إلى الديسآرثريا.

التقييم (Evaluation)

* أهداف التقييم:

١ - التشخيص (Diagnosis) ونهدف من التشخيص إلى:

أ - تحديد ما إذا كان الشخص يعاني من السكتة اللغوية أم لا، وتحديد المستوى الذي أصيب بالاضطراب فهل هو الكلام أم الكتابة أم . . الخ؟

ب- تحديد الاضطرابات المصاحبة.

٢ - تحديد مستوى الإصابة في الوظيفة المفقودة. وهنا يجب الإجابة عن بعض التساؤلات:

أ - ما مدى شدة المرض وما مدى إعاقته لعملية معالجة المعلومات؟

ب- كم يستطيع المريض أن يخزن من معلومات، والمدة التي يستطيع الاحتفاظ بها؟ فهل يستطع كتابة كلمة، أم شبه جملة كاملة؟

٣ - تحديد مكان العطب في الدماغ، ويكون هذا بواسطة الطب، وكذلك من خلال معرفتنا بالعلاقة بين الأعراض الظاهرة والإصابة في أجزاء الدماغ.

٤ - المساعدة في التحضير لوضع خطة للتدخل العلاجي الناجح.

ماذا ننتظر من التقييم؟

١ - معرفة قدرة المريض في إنتاج واستيعاب اللّغة.

٢ - تحديد كفاية المريض في التعامل مع كافة أنواع المدخلات اللّغوية.

٣ - الحصول على عينة شاملة للّغة المريض بحيث تشمل كل سياقات وأشكال اللغة لدى المريض، حيث إن هذه العينة الشاملة تساعد المعالج في أخذ صورة واضحة عن لغة المريض، ومستواه، وعن معدل سرعة كلامه، وقدرته على الإنتاج والاستيعاب.

* طرق الحصول على العينة الكلامية:

للحصول على هذه العينة هناك عدة طرق منها:

أ - الاختبارات القياسية (Standardized Tests):

ب - الاختبارات غير الرسمية : وتعتمد على المعالج وذلك من مثل طرح الأسئلة ذات الإجابة المفتوحة (Open-ended questions) أو وصف الصور، وكما فعلنا في جمع العنية في الاضطرابات اللغوية فيجب أن ننوع في السياقات اللغوية لتشمل اللغة التي يملكها المريض.

ولتحليل هذه العينة فعلينا تسجيلها، ويفضل استخدام التسجيل المرئي إلى جانب التسجيل الصوتي، ذلك إن هذا النوع من الحالات نحتاج فيه لمعرفة كل الإشارات التي تصدر عن المريض لوضع خطة علاج ناجحة.

إن وصف القدرة اللغوية عند المريض يعتمد على طريقة الاختبار، فإذا استخدمنا الاختبارات القياسية فستكون النتيجة هي عبارة عن علامة معينة، أما إذا استخدمنا اختباراً غير قياسي فإننا نستطيع وصف قدرات المريض كما يلي:

أ - أداء كلامي جيد : هذا إذا استطاع المريض أن ينتج كلاماً ذا معنى، وكانت جمله معقولة بحيث لا يقل طول جملته عن ثلاث كلمات. إلى جانب قلة الأخطاء النطقية والتردد في الكلام مع الأخذ في الحسبان عمر المريض الزمني.

ب - أداء كلامي مناسب: إذا كان باستطاعة المريض استخدام التراكيب مع وجود خلل في معنى الجمل التي ينتجها، وزيادة في التردد وفي الأخطاء النطقية.

ج - أداء كلامي ضعيف، حيث إن جمل المريض لا تتجاوز الكلمة الواحدة (One Word Sentences) ويكثر من استخدام الإشارة على حساب الكلام، ويبدى استجابات غير مناسبة للأسئلة وبالتالي ضعف عام في الإنتاج ناتج عن ضعف عام في الاستيعاب.

بعض المعايير التي نرتكز عليها في تقييم السكتة اللغوية:

١ - الدقة (Accuracy) ويقصد بها دقة الاستجابات، وتوصف بـ

صحيح، وخطأ . وحتى توصف بالدقة يجب أن يحصل على خمس إجابات صحيحة من عشرة أي ٥٠٪.

٢ - القدرة على الاستجابة (Responsiveness)، وذلك بتحديد مدى حاجته للشرح والمعلومات قبل الاستجابة، فهل استجابته سريعة؟ أم يحتاج إلى معلومات متوسطة أم كثيرة؟

٣ - اكتمال الاستجابة (Completness): فهل استجابته كاملة وشافية أم غير ذلك؟ وتوصف هذه القدرة. بـ : تام وغير تام.

٤ - الكفاية (Efficiency) وتعتمد على المعايير السابقة.

*** ملاحظات مهمة أثناء التقييم:**

١ - تحديد السلبيات والإيجابيات على حد سواء ولهذا الإجراء فوائد منها:

أ - تشجيع الأهل، فالمريض لديه إيجابيات وليس كله سلبيات. وهذا يشكل دافعاً أمام الأهل للعمل بجد مع المعالج.

ب- معرفة ا لإيجابيات تساعد المدرب في وضع خطة علاجية ناجحة.

ج - تحديد نقطة البداية في العلاج، ذلك حتى لا ندرب المريض على مهارات يتقنها أصلاً.

٢ - معرفة وتحديد مدى وعي الحالة بذاته. ونستدل على ذلك من خلال قدرة المريض في توجيه نفسه وتصويب أخطائه، وهذا يدل على

درجة استيعابه.

٣ - الكشف عن السلوكات غير اللغوية من مثل معرفة مدى انتباهه، والإشارات التي يستخدمها. وكذلك تحديد السلوكات المرضية المصاحبة لمرضه.

٤ - جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المريض بحيث تغطي جميع نواحي حياته، فمن الناحية الطبية مثلاً على المعالج معرفة الوقت الذي بدأت فيه المشكلة، وسبب حصول المشكلة، وكذلك الوضع الحالي للمريض. ومعرفة المشكلات المصاحبة لمرضه.

٥ - معرفة وضع المريض قبل الإصابة ويتم هذا من خلال المهتمين بأمر المريض من مثل أهله وأصدقائه وزملائه في العمل.

٦ - معرفة السمات الشخصية للمريض، فهل هو منفتح اجتماعياً أم منغلق؟ وهل يشعر بالسعادة ؟ أم هو مكتئب ويشعر بالتعاسة؟ هل هو سريع الغضب والانفعال؟

٧ - شكل الممارسات اللغوية في بيته، فكم مرة يتكلم؟ هل يبادر بالكلام أم يطلب منه ذلك؟ كيف يكون رد فعل الآخرين لأسئلته وكلامه؟ هل يفهم عليه الآخرون؟ ما هو شكل كلامه؟ وهل يراعي أصول المحادثة من حيث أخذ ا لأدوار واستخدام الكلام في مقتضاه؟.

٨ - رأي الأسرة وممارساتها. فهل لديهم معرفة عن أمراض اللغة؟ وما

هو مـدى اهتـمـامـهم بالمريض؟ وما هو مـدى صبـرهم؟ وكيف يعاملونه؟

٩ - مدى شدة الإصابة في البداية، فكلما كانت الشدة أقل كلما كان التفاؤل بالشفاء أكثر.

١٠ - كم مضى من الوقت على الإصابة قبل مباشرة العلاج؟

١١ - تحديد نوع السكتة اللغوية. وهذا يساعد في تصميم الخطة العلاجية ووضع التصور عن التحسن المتوقع (Prognosis).

١٢ - مستوى الذكاء ويحدد من خلال اختبارات الذكاء الدارجة.

١٣ - الوضع النفسي، فكلما كان أكثر تحملاً كان الأمل في التحسن أكبر.

وللخروج من التقييم بنتائج مرضية فعلى المعالج أن يضع إجابات عن الأسئلة الآتية:

١ - هل يعاني المريض من مشاكل تواصلية أخرى؟ حيث يتم التعرف إلى المشاكل الموجودة من خلال التقييم الشامل والتنويع في الوسائل المستخدمة.

٢ - ما هو سبب المشكلة؟

٣ - ما هي الميادين التي تمت إصابتها بعطب؟ هل هي الاستيعاب أم الإنتاج أم الذاكرة؟

٤ - ما هي الثوابت الموجود في لغة المريض؟ فهل يستخدم الإشارات؟ وهل تراكيبه سليمة؟ وهل يركز على الأسماء أكثر من الأفعال؟

٥ - ما هي التوصيات المناسبة لهذه الحالة؟

* صفات أهداف التدريب

إن عملية اختيار أهداف التدريب ليست عملية عشوائية، حيث إن هذه الأهداف يجب أن تتصف بعدد من الصفات منها:

أ - القابلية للتعلم (learnability) وحتى يكون الهدف قابلاً للتعلم فيجب أن نختار:

١ - الأخطاء غير الثابتة قبل الثابتة، اعتماداً على الأرضية الموجودة لدى المريض فالخطأ غير الثابت يعني أن المريض لديه فكره عن التصرف الصحيح في بعض المواقف وبالتالي فأننا نبنى على هذه المعرفة ونعممها.

٢ - الأخطاء التي تمكننا من استثارة الاستجابة الصحيحة بسهولة.

٣ - النماذج السهلة قبل الصعبة. وهذا يساعد في تشجيع المريض وزيادة دافعيته، بحيث يظهر له أن الشفاء ممكن وليس مستحيلاً.

٤ - اختيار الأهداف التي توازي تطور اللغة الطبيعي إذا كان ذلك بالإمكان.

٥ - الأخطاء الأكثر ظهوراً في لغة المريض، ذلك إن التخلص منها يزيد من دافعيته للتفاعل بإيجابية أكثر.

ب - **الوظيفية** (Functionality) ويقصد بها الأهداف الأكثر فائدة بالنسبة للمريض:

١ - التركيز في اختيارالأهداف على التواصل أكثر من التصحيح في أخطاء النطق. وهذا يعني الاهتمام بالمحتوى أكثر من الاهتمام بالشكل.

٢ - اختيار الأهداف الأكثر أهمية في حياة المريض من مثل معرفة حاجاته الخاصة، والتركيز على وظيفة الطلب لما فيها من فائدة كبيرة، والتوسع بدائرة الوظائف تدريجياً.

٣ - اختيار الأهداف المرتبطة با لحاجات واللغة المستخدمة يومياً.

إن هذا النوع من الحالات يحتفظ بأساسيات التخاطب غير أن لغتهم تفتقد إلى التعقيد الذي تتميز به لغة الطبيعيين وبالتالي يستفيدون من السياقات اللغوية البسيطة أكثر من السياقات الصعبة.

تصنيف السكتة اللغوية:

تصنف السكتة اللغوية حسب قوة الإصابة وشدتها إلى ثلاث درجات وهي:

١ - البسيطة (Mild).

٢ - المتوسطة (Moderate)

٣ - الشديدة (Severe)

ا - السكتة اللغوية البسيطة:

إن تصنيف وصف السكتة اللغوية بالبسيطة لا يعتمد على نتائج اختبارات قياسية، ولكنه يعتمد على درجة الإعاقة في التواصل ضمن سياقات معينة ولتقييم الأداء فعلى المعالج النظر إلى:

أ - الاستيعاب السمعي.

ب- التعبير الكلامي: فهل يعاني من إعاقات في الكلام من مثل القدرة على استرجاع الكلام أو إنتاجه.

ج - طبيعة السلوكات غير اللغوية. من مثل التواصل بالنظر.

د - كمية المعلومات التي يستطيع إيصالها.

معلومات ضرورية للعلاج:

١ - كلما كان التعامل مباشراً دون اللجوء إلى الالتفاف كلما كانت النتائج أفضل.

٢ - يحتفظ هؤلاء الأشخاص بالسلوكات غير اللغوية.

٣ - غالباً ما يظهرون بطئاً في التواصل.

٤ - يظهرون اعتماداً على الأطراف الأخرى لتحمل جزء كبير من عملية التواصل.

*** اقتراحات خاصة بعلاج هذه الفئة:**

١ - على المعالج إعطاء الفرصة الكافية للمريض للتحدث عن خبرته السابقة وذلك حتى يتشجع للكلام دون حرج.

٢ – استخدام أسلوب إعادة القصص واختصارها، ويجب التنويع في طول القصص المطروحة وقد نطلب إليه ذكر قصة مرّ بها، وكل ذلك لاستغلال اللغة الموجودة عنده وبالتالي زيادة الطلاقة.

٣ – استخدام أسلوب كتابة الرسائل. وكذلك تشجيع المريض لعمل مذكرة خاصة يسجل فيها الأحداث التي يمر بها خلال النهار، وذلك حتى يسهل عليه استرجاع الأحداث والكلمات.

٤ – استخدام كلمات معينة في جمل وذلك حتى يستطيع استرجاع الكلمات التي يحتاجها في الوقت المناسب.

٥ – الإكثار من إعطاء الأوامر والتعليمات وذلك من مثل طرح الأسئلة المباشرة كالسؤال عن مكان السكن، أو عن الشيء الذي فعله اليوم.

بعض اتجاهات العلاج:

١ – التدريب على الاسترجاع من خلال مقابلة المعاني وأوزانها.

ويقوم هذا الاتجاه على استرجاع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي يعرفها المريض وقد صمم هذا الاتجاه لا سترجاع الكلمات وذلك بتوسيع الاستراتيجيات الاسترجاعية عبر ثلاث مستويات من التدريب وهي:

أ – التدريب على التمييز: حيث يقدم للمريض ثلاث كلمات ويسأل عن العلاقة التي تربط بينها، فهل هي الترادف أم التضاد أم في الوزن

الموسيقي. (Rhyme)

ب - التوصيل الانتقائي: حيث يطرح على المريض كلمة كمثير، وثلاث كلمات أخرى، ويطلب إليه اختيار الكلمة التي ترتبط مع المثيرباحدى العلاقات الثلاث السابقة.

ج - التدريب على إنتاج الكلام: حيث يعطي المريض كلمة كمثير، ويطلب إليه إعطاء كلمات ترتبط بهذا المثير من حيث العلاقات السابقة.

٢ - الاتجاه الذي يرتكز على المخزون المفرداتي.

يطلب إلى المريض إعطاء كلمات تتفرع من كلمة رئيسية يتم تزويده بها، وذلك لزيادة قدرته في النظر إلى الأشياء كمجموعة والجزء منها يدل على المجموعة.

مثال: يطلب إلى المريض إعطاء كلمات فرعية للكلمة الرئيسية الآتية:

الألوان: أصفر، أخضر، أحمر، أزرق

أدوات المطبخ: صحن، طنجرة، ملعقة، شوكة

٣ - التدريب الكلامي:

حيث يستمع المريض إلى نموذج ويطلب إليه محاكاته، وذلك بأن يبادر بالكلام في موضوع يريد التحدث عنه من مثل شيء حدث معه في ذلك اليوم ولكي يسهل التعامل مع المريض فعلى المعالج أن يتذكر أهم صفات هذه الفئة وهي: البطء في الكلام، ومحاولة الالتفاف في توصيل الأفكار وذلك لوجود مشكلة الاسترجاع السريع للكلمات. وبالتالي ظهور الحشو والكلام الزائد بكثرة في كلامهم.

٢ - السكتة اللغوية المتوسطة:

ولتقييم هذا النوع لابد من:

١ - تحديد مكان العطب في الدماغ.

٢ - معرفة وتحديد شدة الإصابة من خلال النظر إلى كفايات المريض اللغوية، وتتمثل هذه الكفايات في الاستيعاب والإنتاج والقراءة والقدرة على الإعادة. وكذلك يجب معرفة ما تبقى لديهم من لغة يستطيعون استخدامها، وطبيعة أخطائهم وسبب ظهور سلوكات دون أخرى.

قبل الخوض في تفصيلات هذا النوع نرى أنه من الضروري الوقوف على مصطلح مهم في عالم السكتة اللغوية وهو الفصل بين وظائف الدماغ في المركز اللغوي. حيث يفسر لنا هذا المصطلح كثيراً من الظواهر، فقد تظهر وظيفة لجزء ما في الدماغ بحالة جيدة ولكن هذه الوظيفة غير

عاملة علي الرغم من أن من منطقتها غير مصابة، فما هو السبب؟ إن السبب هو وجود خلل في التوصيل بينها وبين الاجزاء الأخرى. تلعب دوراً رئيسياً في إظهار وظيفتها. وعلى سبيل المثال لو كانت المنطقة (س) غير مصابة، فمن المفترض أن تؤدي وظيفتها، ولكن قد نجد أن هذه الوظيفة معطلة، ذلك أن المنطقة (س) لا تؤدي وظيفتها إلا بالاتصال بالمنطقة (ص) ولكن هذا الإتصال مقطوع وقد يكون السبب تعطل المنطقة (ص). واستناداً إلى هذه المعرفة فبإمكان المعالجين اللجوء إلى: تدريب المريض على استخدام الوظائف الصالحة وذلك لـ :

أ - التقريب بين الوظيفة المضطربة والسليمة بقصد التحسن.

ب - تنشيط الوظيفة المعطوبة من خلال الوظيفة غير المعطوبة.

أنماط الاضطرابات في السكتة اللغوية المتوسطة.

أ - مشكلة إيجاد الكلمات المناسبة في الموقف المناسب.

ب - ضعف العلاقات المعنوية بين الكلمات.

ج - عدم القدرة على تنظيم المفردات، فتظهر لدى المريض مشكلات في اختيار المفردات وذلك إما بتوسيع المعنى أو بتصنيفه.

٣ - السكتة اللغوية الشديدة (Severe Aphasia):

يدل هذا الاصطلاح على درجة خطيرة في إصابة اللّغة، حيث إن المريض لا يستطيع استخدام اللّغة بجميع نماذجها للتواصل، وبالتالي فإن

عبء المحادثة يقع بأكمله على المستمع، ويمكن أن يقسم هذا النوع من السكتات اللّغوية إلى :

* السكتة اللّغوية العامة

* السكتة اللّغوية المنسوبة إلى منطقة بروكا

* السكتة اللّغوية المنسوبة إلى منطقة فيرنك

* السكتة اللّغوية العامة (Global Aphasia):

ملاحظات عامة حول السكتة اللّغوية العامة:

يتميّز المريض بهذا النوع من السكتات اللّغوية بـ

أ - قدرة محدودة جداً في انتاج اللّغة.

ب- قدرة منخفضة جداً في الاستيعاب السمعي.

ج - أداء سيء جداً في تمييز الكلمات.

د - عدم القدرة على إعادة الجمل.

هـ- قدرة محدودة جداً علي إعادة الكلمات، وكذلك قدرة محدودة على كتابة الكلمات والحروف.

اعتماداً على ماسبق، فإنه يفضل في علاج هذا الفئة الارتكاز على حاسة البصر لتعليم المرضى لإنتاج إشارات باليد أو بالرأس لتحقيق مطالبهم.

* السكتة اللغوية المنسوبة إلى منطقة بروكا في الدماغ (Broca's Aphasia)

ويطلق عليها السكتة اللغوية الحركية أو التعبيرية، ويظهر فيها الاستيعاب سليماً إلى درجة ما وقد يكون مصاباً بدرجة بسيطة جداً، ولكن يظهر المصاب بهذا النوع ضعفاً في القدرة على الكلام وعادة ما يصاحب هذا النوع بمشكلة إيجاد الكلمات، وقد يصاحب أيضاً بمرض نسيان الأسماء (Anomia) أما سبب هذا النوع من السكتة فهو عطب يصيب التلفيفة الأمامية الثالثة في الفص الدماغي المسيطر. ومن الملاحظ قرب العطب من القشرة الدماغية الحركية التي توجه عضلات الكلام الأعراض.

الأعراض:

١ - الوظائف ا لحركية طبيعية، وكذلك فإن أعضاء النطق تعمل بشكل طبيعي، ولكن مع وجود شلل في الجهة المعاكسة للفص للدماغي المسيطر.

٢ - يمكن وصف كلام المصاب بـ:

أ - عدم الطلاقة

ب - التردد

ج - التقطع

د - الإجهاد.

هـ - الافتقار إلى التنغيم الطبيعي.

٣ - يخلو كلام المصاب من الكلمات الوظيفية، وبالتالي يمكن أن يوصف بأنه

يشبه البرقية (Telegraphic).

٤ - إن الاضطرابات الناتجة عن هذا النوع تتناسب ولكن بشكل غير مباشر مع حجم العطب وشدته.

٥ - يظهر في القراءة والكتابة نفس العجز الذي يظهر في الكلام.

٦ - استيعاب المريض جيد إلى درجة ما. فهو يدرك مشكلته وأخطاءه والصعوبات التي يواجهها في الكلام. وبالتالي فهو يستطيع التحكم بنفسه.

٧ - يظهر قدرة متدنية في الإعادة، ذلك أن إنتاجه للكلام ضعيف.

أنماط السكتة اللغوية عند بروكا:

أ - السكتة اللغوية الحقيقية:

ويسببها دمار كبير يتضمن أكثر من منطقة بروكا، بحيث يتضمن المناطق المحيطة بهذه المنطقة.

السمات:

* ضعف واضح قد يصل إلى شلل في الجهة اليمنى من جسمه حيث إن الإصابة في الفص الأيسر من الدماغ.

١ - فقدان واضح للطلاقة في الكلام، بحيث يظهر المريض وكأنه متأتئ، حيث إن كلامه بطيء جداً ويحتاج إلي جهد كبير لإنتاجه. وتظهر

الوقفات الكثيرة بين كلامه وقد تفوق هذه الوقفات عدد كلماته أحياناً.

٢ - يظهر كلام المريض خالياً من التنغيم، ويمكن وصفه بأنه رتيب (Monotonous).

٣ - اختيار المريض للأسماء أكثر دقة من الأفعال والكلمات الوظيفية، كون الأسماء أقل تعقيداً من الأفعال.

٤ - يظهر عجزاً في القدرة على الإعادة، فقد يفهم ما يقال ولكن لا يستطيع الإنتاج.

٥ - يظهر عجزاً في إنتاج الجمل الصحيحة، حيث إن المريض لا يملك القدرة على ترتيب الكلمات داخل الجملة ترتيباً صحيحاً ومنطقياً.

٦ - يلجأ إلى الحذف والإضافة للأصوات، كما يظهر عدم الوضوح في نطق أصوات أخرى، وتشكل هذه الاضطرابات النطقية ظاهرة في كلام المصابين من هذا النمط ويطلق على هذه الظاهرة التفسخ الصوتي (Phonetic Disintegration).

ب - السكتة اللغويّة الخاصة بمنطقة بروكا:

ويسببها دمار محدود في منطقة بروكا فقط، ويطلق عليها السكتة اللغوية البسيطة الزائلة. ويظهر فيها المريض نفس الأعراض السابقة، ولكن

بقوة أقل، وسريعاً ما تذهب هذه الأعراض.

يواجه المعالج بعض المشكلات في التعامل مع هذا النمط من المرضى ومن هذه المشكلات:

١ - الكلام غير الطليق ويظهر هذا من خلال.

أ - المعدل المتدني في إنتاج الكلام.

ب- تدني طول التركيب المنتج.

ج - الوقفات المتكررة في كلام المريض.

د - عدم وضوح موسيقى الكلام.

٢ - عدم القدرة على إنتاج الجمل الصحيحة (Agrammatism):

أ - افتقار جمل المريض للكلمات الوظيفية أو استخدامها بشكل خاطئ.

ب- افتقار جمل المريض للحركات الصحيحة أو استخدامها بشكل خاطئ.

٣ - مشكلات اختيار الأصوات، وتظهر من خلال الحذف والإضافة لبعض الأصوات.

العـــــلاج (Treatment)

إن العـلاج العـرضي للسكتـة اللغـوية يقـوم على التـخفـيف من حـدة الأعراض الظاهرة وذلك يكون بـ :

أ - زيادة الطلاقة.

ب - زيادة طول الجملة عند المريض وذلك باستخـدام الكلمات الوظيفية والحركات.

ج - التخفيف من مشكلات النطق.

* بعض المرتكزات التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء عملية العلاج.

أ - دخول الفص الأيسر من الدماغ بشكل أساسي في عملية التواصل.

ب - ضـرورة بدء العلاج بجـوانب استـخدام الـلّغة لتـمكين المريض من التواصل بشكل صحيح.

ج - الطلاقـة التـعـبـيـرية تصـاب بشكل واضح في الحـالات المتـوسطة والشديدة من السكتة الكلامية.

وبالتالي فإن أهداف التدريب العلاجية تترتب عل النحو الآتي:

أ - وضوح الكلام (Intelligibility).

ب - التنويع في استخدام اللغة.

ج - زيادة طول وتعقيد الجملة وزيادة القدرات النحوية.

وأثناء التعامل مع المريض فعلي المعالج ملاحظة ما يلي:

أ - السلوكات التلقائية لدى المريض، فهل هي كلامية أم غير كلامية؟

ب - فقدان الصوت.

ج - التنوع في التنغيم.

د - استخدام الإشارات.

هـ - أشكال التركيبات، فهل هي أسماء أم أفعال . . . الخ؟

و - السلوك العام داخل العيادة، ومدى تكيفه مع الجلسة، فهل يظهر رغبة في التعامل والانتباه أم لا . . . الخ؟

ز - القدرات السمعية والكلامية.

ح - مهارات المحادثة لدى المريض.

آليات العلاج: يوجد لدينا آليتان للعلاج وهما:

١ - إعادة الإصلاح (Restitution)، حيث إن الهدف الرئيس في هذه الآلية هو تقوية وتعزيز اللّغة المتبقية. وذلك بزيادة السلوكات التعبيرية من خلال الاستثارة ضمن كل الطرق المتاحة من مثل:

أ - النسخ ورسم الأشكال.

ب- كتابة الأرقام وكذلك كتابة الأحرف الهجائية.

ج - إنتاج الكلام وذلك عن طريق.

- التقليد : إعطاء النماذج.
- تكملة الجمل: كأن نعرض على المريض صورة ونقول له هذه الصورة لـ.....
- تكوين الجمل : ويكون ذلك باستخدام الصور للوصف.
- إثراء المخزون المفرداتي لدى المريض.

وينصح المعالج بالإستعانة بالقدرات المتبقية لدى المريض والمحاولة لتركيزها وزيادتها.

٢ - الاستبدال (Substitution) والتعويض (Compensation) وتركز هذه الآلية على تدريب المريض لتمكينه من استبدال السلوكات غير المرغوبة بسلوكات مرغوبة وكذلك تمكينه من التعويض عما فقده من اللغة. ويعتبر الهدف الأسمى في علاج هذا النمط من السكتة اللغوية هو إنتاج جملة مقبولة نحوياً وصوتياً واستخدامياً.

عند التخطيط للجلسة العلاجية فعلى المعالج أن يعطي انتباهاً كافياً لثلاثة عناصر:

أ - الشكل الفنولوجي والصوتي.

ب - الشكل النحوي.

ج - استخدام النبر والتنغيم.

١ - **الشكل الفنولوجي:**

أ - على المعالج تأسيس عدد من الجمل المكونة من كلمة واحدة حيث إن المريض بحاجة ماسة لهذه الجمل لاستخدامها لتأدية وظائف كثيرة من مثل الطلب، والرفض . . .الخ.

ب - إضافة بعض الكلمات الوظيفية لاكتمال جمله.

ج - تدريبه على الكلمات المألوفة السهلة. والتدرج في زيادة طول التفوه.

٢ - **الشكل النحوي:**

أ - التعامل مع مكونات الجملة كالأسماء والأفعال والصفات بشكل متساوٍ من ثم إدخالها في جملة تدريجياً.

ب - التركيز على الوضوح في الكلام أولاً، ومن ثم الاهتمام بالطول والتعقيد.

ج - تجنب تعليم المريض القواعد والأبنية الصعبة.

د - استغلال حاسة البصر وذلك باستخدام الوسائل المساعدة لاستثارة هذه الحاسة واستغلالها.

٣ - **استخدام النبر والتنغيم.**

ويتم التدريب على هذا الجانب من خلال التعامل المباشر مع المريض

وذلك بإعطاء نماذج ميسرة تظهر أهمية التنغيم والنبر في الكلام.

*** السكتة اللغوية المنسوبة إلى منطقة فيرنك (Wernike's Aphasia):**

ويطلق عليها السكتة اللغوية الحسية (Sensory)، ويظهر الاستيعاب ضعيفاً مع سلامة في النطق، غير أن الكلام غير منتظم وغير صحيح، حيث إن المريض يغيّر أمكنة أصوات كثيرة (Paraphasic Speech) وينتج هذا النوع من السكتة اللغوية من عطب في التلفيفة الصدغية الأولى من الفص الدماغي المسيطر، ومن الملاحظ قرب العطب من القشرة الدماغية المسؤولة بشكل أساسي عن السمع.

الأعــــــراض:

١ - السمع طبيعي في العادة.

٢ - إنتاج طليق للكلام مع تنغيم طبيعي، ولكن كلامهم عبارة عن أبنية فنولوجية صحيحة بدون معنى، ويمكن وصفها بأنها عبارة عن صف أصوات متناسقة فقط، ويكثر في كلامهم تكرار الأصوات، وتبديل أماكنها، غير أن الترتيب النحوي قد يكون صحيحاً بغض النظر عن المعنى مثال: قد يقول المريض: راحت الشجرة تحت الفرشة، صاح.

٣ - درجة استيعاب المريض منخفضة جداً تبعاً لشدة العطب، ونتيجة لهذا، فأنهم لا يتحكمون بأنفسهم، وقد يصاحب هذه الأعراض ضعف في

الإدراك، ومشكلة في إيجاد الكلمات المناسبة (Word Finding Problem) وكذلك يواجهون صعوبة في القراءة والكتابة.

يصاحب هذا النمط من السكتات اللغوية ما يسمى السكتة اللغوية الخاصة بنسيان الأسماء (Anomic Aphasia) ويسببها عطب في التلفيفه الزاوية (Angular gyrus) في الفص المسيطر من الدماغ، إلى جانب عطب ينتشر في الفص الصدغي. ويتسم هذا النوع بتدنٍ واضح في القدرة على استرجاع أسماء الأشياء لاستخدامها في الكلام، حيث تظهر الأعراض التالية.

١ - صعوبات في الوصول (Accessing) إلى كلمات معينة عند الحاجة.

٢ - يظهر كلامهم مفرغاً ومبهماً ومليئاً بالصيّغ المبتذلة (Cliche) وهي ما يطلق عليها كليشيه.

٣ - يتسم كلام المرضى بالاستبدال في المعاني ضمن مجموعة معينة. وكذلك فهم يحاولون استخدام كلمات حشو لكسب الوقت في تذكر الكلمة المطلوبة من مثل أن يقول أحدهم: أعطيني شو هذا سمو . . . وهذا يعني أن كلامهم مليء بمحاولات الالتفاف. وغالباً ما يكون كلامهم طليقاً واستيعابهم طبيعي وقدرتهم على الإعادة طبيعية أيضاً.

* العلاج :

كثير من أصحاب الخبرات في العلاج يقولون: إن الحالات الشديدة

(Severe) من هذا النوع لا تعالج، ولكن البعض يخالفونهم الرأي ويذكرون خبراتهم في هذا المجال وتكمن الصعوبة أو الاستحالة في العلاج أن المشكلة واقعة في حقل الاستيعاب، وبما أن العلاج هو عبارة عن تعامل يتم بين المريض والمعالج، فعلى المريض أن يتحلى بالقدرة على تحليل التعليمات التي يلقيها عليه المعالج. وهذا التحليل للتعليمات يقوم على قدرة الاستيعاب أصلاً.

اقترح بعض الخبراء في هذا المجال إجراءات لتحسين مستوى الحالة. وبدءاً يجب أن نقف على أرضية صلبة من حيث فهم وضع هذا النوع من المصابين، فإنهم يواجهون مشكلة صعبة في الاستيعاب وكذلك في الإنتاج لما سبق وذكرنا إلى جانب الاضطرابات غير اللغوية من مثل الانتباه وتدني القدرة الانتاجية والمشكلات الوجدانية. وبالتالي فإن المعالج يواجه مشكلة في التعامل مع نوع من الحالات لا توجد كفاية ما يستطيع أن يبني عليها أو يرتكز عليها. ومن هنا فإن المشكلة العظمى في العلاج هي تحديد نقطة البداية ، من أين يبدأ المعالج؟ وحتى لا نصل إلى طريق مسدود يخبئ وراءه اليأس، فإن هناك شعاراً يتعامل به أصحاب الخبرة وينقلونه إلى المعالجين الأقل خبرة وهذا الشعار هو: إذا كنت كمعالج لغوي تعتقد أن استراتيجية ما ستكون مفيدة فاستخدمها، فإن أدت ما توقعت فاستمر بها، وإلا فابحث عن غيرها دون ملل أو كلل. وللقيام بعملية التقييم بهدف العلاج يجب أن تبقى في ذهنك الآتية:

١ - يجب أن يكون التقييم مستمراً وذلك لتتم متابعة أي تحسن قد يحصل للبناء عليه.

٢ - يمكن للتقييم أن يكون غير رسمي أي بالاعتماد على قدرات المعالج في التعامل مع الحالة أو عن طريق إستشارة الأهل والأصدقاء والزملاء.

٣ - يمكن استخدام الاختبارات القياسية عند حصول التحسن. ذلك إن إجراءها يتطلب قدرات معينة لدى المريض.

ومما يلاحظ على المصاب بهذا النوع من السكتات:

١ - التدني في قدرتي الانتباه والإدراك، وبالتالي فيجب أن يوضع هذان الجانبان كهدفين رئيسين في بداية العلاج.

٢ - استمرارهم في الكلام غير المفهوم كاستجابة لأقل استثارة.

٣ - كثير من المصابين لا يستوعبون الكلام لذا فقد يستجيبون لمثيرات أخرى.

وهنا يمكن الاستفادة من عملية فصل الوظائف في الدماغ. حيث إن بعض المرضى قد يستوعبون الكلام المكتوب للكشف عن القدرات الموجودة عند المريض وذلك باستغلال كل الحواس، حيث إن نجاحنا في الاستدلال إلى أي قدرة قد يكون طريقنا إلى العلاج.

إجراءات علاج الحالات الشديدة الإصابة.

إن هذا الأسلوب في العلاج يهدف إلى تحسين قدرة المريض في الانتباه والاستيعاب للمعلومات.

١ - استخدام الإشارات لتحسين الانتباه من مثل حركة اليد، أو ضرب الطاولة بالقلم.

٢ - استخدام الإشارات والطرق التوضيحية المختلفة للكلام من مثل الصور وغيرها من الوسائل حتى تصل للأسلوب المريح للمريض ومن هذه الأساليب.

أ - الاستفادة من الحاسة البصرية وذلك بكتابة المعلومات وقراءتها من قبل المريض إن كان يعرف القراءة أصلاً.

ب- استخدام أسلوب التفاعل شخص لشخص (One to one).

ج - استخدام التواصل الكلامي كأن تناديه باسمه. مع التبطيء في سرعة الكلام.

وكذلك اللجوء إلى الإعادة والتكرار لإيصال المعلومة. وقد تكون العناصر الآتية مفيدة للتعامل مع هذا النوع من الحالات.

أ - الاكثار والتنويع في الأساليب المستخدمة للعلاج، واللجوء إلى التكرار في أكثر من قالب لزيادة القدرة على الاستيعاب عند المريض.

ب - التقليل من التعقيد النحوي وذلك باستخدام تراكيب وجمل بسيطة قائمة على تفوهات قصيرة.

ج - التركيز على كلمات المحتوى ذات المعنى والمرتبة في جمل بسيطة أكثر من التركيز على الكلمات الوظيفية.

د - حاول الاستفادة من أفراد العائلة لقربهم من المريض ومعرفتهم طباعه.

أما بالنسبة لعلاج الحالات الأقل شدة، فإن علاجهم يهدف إلى تحسين قدرتهم على الاستيعاب السمعي (Auditory Comprehension) وكذلك التعبير الكلامي (Verbal Expression) وذلك بالاعتماد على الاستثارة السمعية المكثفة. وقبل البدء بالعلاج، فإنه ينتظر من التقييم أن يقدم لنا المعلومات الآتية:

١ - نمط وشدة العجز الاستيعابي.

٢ - المتغيرات التي من الممكن أن تكون ذات فائدة في العلاج.

٣ - الظروف التي تساعد على التواصل والظروف المعاكسة التي تعمل على إعاقة التفاعل، ومحاولة الاستفادة إلى أقصى درجة من السلوكات اللغوية، وكذلك معرفة الكلمات التي. يفضلها المريض وتلقى استجابة طيبة منه، ومحاولة البناء عليها.

٤ - التركيز على الوصف باستخدام مثيرات مختلفة أكثر من تسمية الأشياء.

❊ السكتة اللغوية التوصيلية Conductive Aphasia:

إن أهم ما يميز هذا النوع هو عدم القدرة على الإعادة، وينتج هذا النوع من السكتات من عطب في الألياف الموصلة بين منطقتي فيرنك وبروكا ويطلق على هذه الألياف، الألياف المقوسة (Arcuate Fasiculus) مما ينتج عنه إعاقة في نقل المعلومات بين منطقة استقبال اللّغة ومنطقة استيعابها.

الأعـــــراض:

١ - يظهر المريض عـجزاً في إعادة مـا يسمع من تفـوهات، غيرأن هذا العـجز ليس ناجماً عن اضطرابات في السمع أو الاستـيعاب أو الإنتاج. حيث إن الإصـابة في الألياف الموصلة بين منـاطق الدماغ المختلـفة وهذا مـا يفسـر مواجهة المريض صعوبات في القراءة الجهرية.

٢ - يبـدو أن إنتاجـه للكلام طبـيعي من حـيث الطلاقـة بشكل عام. وكـذلك بالنسبة للاسـتيعاب غيـر أنه قد يعاق بشكل بسيط. وقـد يواجهون بعض الصعوبات في استرجاع الكلمات.

٣ - يستطيع المرضى التحكم بتصرفاتهم، وهذا ليس غـريباً فالاستيعاب لديهم طبيعي إلى درجة ما.

٤ - قد يظهر في كلامهم استبدال كلـمات بأخرى وخاصة من نفس المجموعة وقد يكون الاستبدال عاماً بين المجموعات.

٥ - تختلف درجة اتقان القراءة والكتابة من مريض إلى آخر.

اعتبارات عامّة في العلاج

* يعتبر المرضى من هذا النوع قـابلين للشفاء إذا لم تكن المؤشرات بعكس ذلك، ومن هذه المؤشرات :

أ - العمر، فكلما كان أقل كان الاستقبال أفضل.

ب - الفترة التي انقضت قبل البدء بالعلاج، فكلّما كانت أقصر كلما كان العلاج أنجح وأفضل.

ج - المشكلات المصاحبة ومدى تأثيرها.

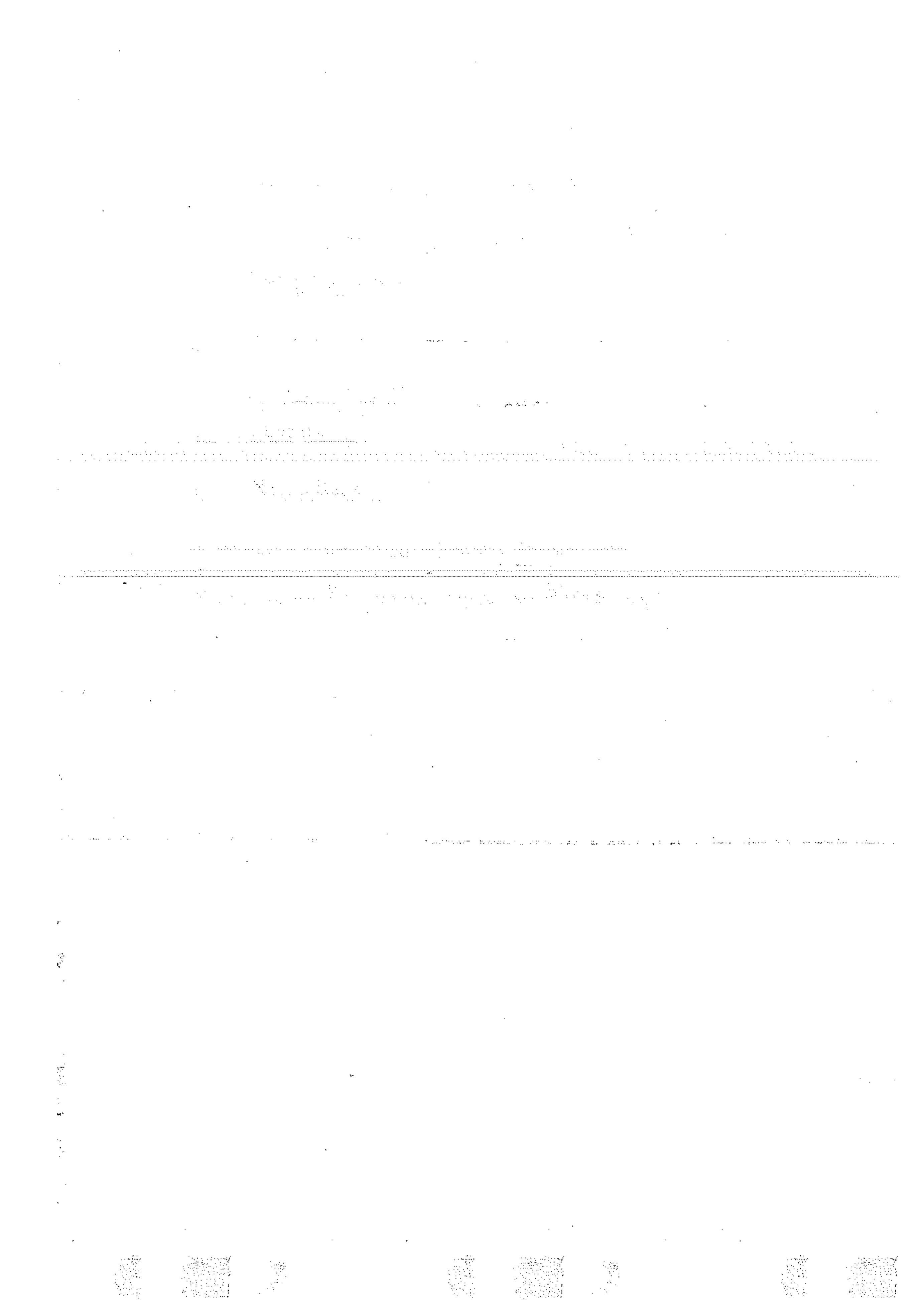
د - الوضع الصحي العام.

هـ - الحالة النفسية.

و - المسبب للمرض.

* يفضل أن يكون العلاج مباشرة بعد حصول السكتة.

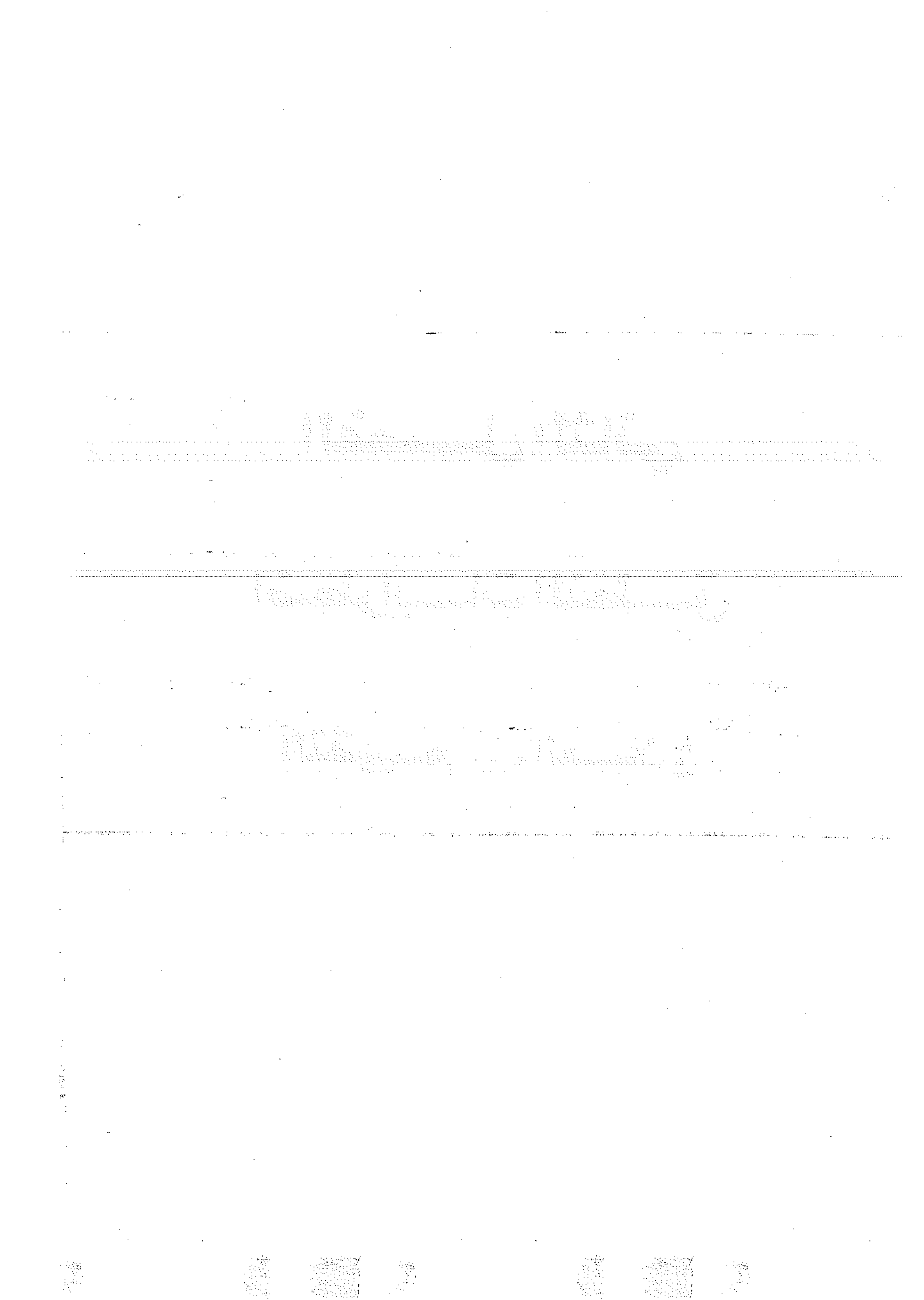
* يعتبر إرشاد الأهل وتقديم المشورة لهم ذا أهمية كبيرة.



الفصل الثاني

اضطرابات النطق

التقييم... العلاج



اضطرابات النطق

تمهيـــد

بعد أن تحدثنا عن اضطرابات اللّغة، سننتقل إلى الاضطرابات الخاصة بالكلام (Speech Disorders) وقبل الولوج في عالم اضطرابات الكلام، دعونا نستعرض ما أسلفنا الحديث فيه، عن كيفية حدوث الكلام، حتى نستطيع تلمس الجوانب التي يحتمل وقوع الاضطرابات فيها.

كنا قد تحدثنا في الفصل الأول، أثناء استعراض المستوى الصوتي (Phonetic Level) ووضعنا تصوراً مفصلاً لآلية عملية الكلام، وباستطاعتك عزيزنا القارئ العودة إلى ذلك الفصل لمزيد من المعلومات والتفصيلات.

الكلام كباقي الوظائف الجسمية. يؤدي عمله كنتيجة لأمر دماغي، وهو عبارة عن تيار الهواء الخارج من الرئتين (lungs)، بدفع من عضلة الحجاب الحاجز (Diaphragm) أثناء عملية الزفير (Expiration) ويمر هذا التيار في القصبة الهوائية ومن ثم يدخل التجويف الحنجري (Laryngeal Cavity) ليجد في نهايته وترين صوتيين (Vocal Cords) والتي إما أن تفتح بهدوء فيمر التيار الهوائي دونما اهتزاز أو أن تعترض هذه الأوتار طريق التيار فينتج عن ذلك اهتزاز (Vibration) وبعد ذلك يمر التيار في التجويف البلعومي (Pharyngeal Cavity) فيصطدم التيار بجدران هذا التجويف كما في التجويف السابق، لتأخذ موجاته سمات جديدة حتى يصل إلى نهاية هذا

التجويف ليواجه اللهاة (Uvula) والتي إما أن تعترض التيـار اعتراضاً كاملاً ومن ثم تسمح له بالمرور، أو أن تـعترضه جـزئياً فيـمر محتكاً بهـا، وإما أن تفسح له المجـال ليمر بسهـولة ويصل إلى سقف الحلق الليّن (Soft Palate) ليشكل مع الجزء المقابل من اللسان حاجزاً كلياً بالتالي تغيير مسار التيار إلى التجويف الأنفي (Nasal Cavity) ليخـرج من الأنف أو يكوّن معه حـاجزاً جزئياً ليصل التيـار محتكاً إلى سقف الحلق الصلب (Hard Palate) ليشكل مع الجـزء المقابـل له من اللسان حـاجـزاً كليـاً ومن ثم يترك التيـار ليكمل مسـاره، أو يكوّن حاجزاً جزئـياً ليمر مـحتكاً فيـصل إلى اللثة (Alveolars) وتعـمل اللثـة نفس عـمل الجزء السـابق وبعـدها يصل التيـار إلى الأسنان (Teeth) والتي تعمل كحـاجز جزئي أو تترك التيار يمر بسـهولة واصلاً إلى الشفتين (Lips) والتي إما أن تحتجـز التيار احتجازاً كامـلاً أو جزئياً وبعدها يخرج إلى خارج الجسم.

إذا فالكلام الذي نسمعه هو نتـاج هذه الرحلة للتيار الهوائي الذي يأخذ إيعازاً من الدماغ، وما يعتري هذا التيار من تغييرات بناءً على العضو الذي يمر فـيـه أو من عنده، وحـتى نحكم على مـدى خلو الكلام (Speech) من الاضطراب فـهناك أبعـاد ثلاثة، كل مـنهـا مكمل للآخـر في إنتـاج الكلام السليم.

١ - قيـام أعضاء الصـوت بوظيفـتها بشكل صـحيح، وهو ما يـطلق عليه التمفصل (Articulation).

٢ - خروج تيار الهواء بسلاسة وبأقل جهد (Fluency).

٣ - اتخاذ الكلام السمات الخاصة به (الصوت) (Voice).

ومن هنا سنبدأ باستعراض الجانبين، الأول والثاني ومايعتريهما من اضطرابات وكيفية التعامل معها وذلك بعرض أساليب للتقييم والعلاج، وتمشياً مع الترتيب السابق سنبدأ باضطرابات التمفصل أو النطق.

اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

عندما نتحدث عن النطق فإننا نقصد به قيام أعضاء النطق بعملها بالشكل المطلوب وبالتالي إنتاج كل صوت بشكل طبيعي، وإن أي اضطراب أو خلل في قيام أي عضو من أعضاء النطق، يجعلنا نقول: إن إضطراباً نطقياً قد نتج عن ذلك، فما هو الاضطراب النطقي.

الاضطراب النطقي: تعريف

هو الصعوبة التي يواجهها الشخص في استخدام جهازه النطقي (Articulatory System)، وكما أسلفنا الحديث في المستوى الصوتي (Level Phonetic) فهناك ثلاثة أبعاد لكل صوت نقيس من خلالها مدى سلامة نطق هذا الصوت وهي:

١ - مكان النطق (Place of Articulation).

٢ - طريقة النطق (Manner of Articulation).

٣ - حالة الأوتار الصوتية (voicing).

١ – مكان النطق :

ونعني به مكان التقاء أعضاء النطق لإنتاج صوت ما من مثل، صوت الفاء / f / حيث إن هذا الصوت يتم إنتاجه عند التقاء الشفة السفلى مع الأسنان العلوية ومرور التيار الهوائي بينهما. وبالتالي فإننا نطلق على هذا الصوت اعتماداً على مكان نطقه صوتاً شفوي أسناني. وسنورد الآن أسماء الأصوات اعتماداً على مكان نطقها دون التفصيل في ذلك، حيث أسهبنا في الحديث عنها في الفصل الأول من الباب الأول تحت عنوان المستوى الصوتي. وسنبدأ بهذا التقسيم من الشفتين انتهاءً بالحنجرة.

١ – الأصوات الشفتانية أو الشفوية (Labials) وهي ب / b / ، م / m / .

٢ – الأصوات الشفوي أسنانية (labiodentals) وهي : ف / f / .

٣ – الأصوات الأسنانية أوبين الأسنانية (Interdentals) وهي: ث/θ/ ذ / ð / ظ/ ð̣ / .

٤ – الأصوات اللثوية (Alveolars) وهي: ت/ t / د/ d / ط/ ṭ / ض/ ḍ / ن/ n / ر/ r / س/ s / ز/ z / ص/ ṣ / ز المفخمة/ ẓ / .

٥ – الأصوات ما بعد اللثوية (Postalveolars) وهي ش/ ʃ / .

٦ – الأصوات الحلقية (الصلب) (Palatals) وهي: ج/ ʤ / .

٧ – الأصوات الحلقية (الناعم) (Velars) وهي: ك/ k / غ/ ɣ / خ/ x / .

٨ - الأصوات اللهوية (Uvulars) وهي: ق/ q /.

٩ - الأصوات البلعومية (Pharyngeals) وهي: ح/ ħ/ ع/ ʕ /.

١٠ - الأصوات الحنجرية (Glottals) وهي: هـ/ h / الهمزة/ ʔ /.

من خلال معرفتنا بالمكان الذي ينتج عنده الصوت، فإن أي خلل في هذا العضو أو أي خلل في طريقة أداء هذا العضو لوظيفته (Function) فإن خللاً في النطق سينتج عن ذلك. وبالتالي فإن معرفتنا الكافية بأعضاء النطق ووظائفه، ستضيء لنا الطريق في تقييم وتشخيص الاضطراب النطقي، وكذلك فإنها ستيسر لنا وضع الاستراتجية المناسبة للتعامل مع هذا الاضطراب، علماً أن الجانبين الآخرين لا يقلان أهمية عن هذا الجانب.

٢ - طريقة التشكل:

إن ما يميز طريقة التشكل، هو كيفية مرور تيار الهواء، وشكل اعتراض أعضاء الصوت له، حيث أوضحنا فيما سبق أن لاعتراض تيار الهواء أشكالاً مختلفة وهي:

أ - اعتراض تام (Complete Closure).

ب - اعتراض جزئي (Partial Closure).

ج - انفتاح تام (Open Airstream).

واعتماداً على هذا التقسيم فإن مجموعتين صوتيتين رئيسيتين تنتجان لدينا وهما:

١ - الأصوات الساكنة.

٢ - العلل.

أما العلل فيكون مجرى الهواء مفتوحاً ولا يواجه أي اعتراض في طريقه إلى خارج الجسم. وقد تحدثنا عنها في المستوى الصوتي في الفصل الأول، ولا نرى ضرورة لإعادة الحديث عنها.

أما الأصوات الساكنة فهي التي يعترض فيها أعضاء النطق مجرى التيار الهوائي في رحلته من الرئتين إلى الشفتين. وبالتالي فإن الأصوات الساكنة هي الأصوات التي تنشأ عن اعتراض أعضاء النطق للتيار الهوائي، وبالتالي فإن التيار الهوائي يأخذ شكلاً معيناً، ومن هنا تظهر لدينا المجموعات الصوتية الآتية:

١ - الأصوات الوقفية أو الإنفجارية (Stops or Plosives) وتنتج عن اعتراض تام للتيار الهوائي في مكان ما في مجرى التيار، حيث يستمر هذا الاعتراض للحظات، ومن ثم يخرج تيار الهواء بشكل مفاجئ (release) مما يؤدي إلى حدوث ما يشبه الانفجار، والأصوات الانفجارية هي: ب /b/ ت /t/ د /d/ ط /ṭ/ ض /ḍ/ ك /k/ ق /q/ الهمزة /ʔ/.

٢ - الأصوات الاحتكاكية (Fricatives) وهي الأصوات التي تنتج عند اقتراب أعضاء الصوت من بعضها البعض، تاركة المجال لمرور التيار الهوائي ولكن بعد احتكاكه بهذه الأعضاء. والأصوات الاحتكاكية هي: ف / f / ث / θ / ذ / ð̶ / ظ / ð̣ / س / s / ز / z / ص / ṣ /

ش/ ʃ / غ/ ɣ / خ/ x / .

٣ - الأصوات الاحتكاكيـة الانفجارية (Affricates) وهي أصوات تبدأ وقفية وتنتهي احتكاكية، وهي ج/ ʤ/ .

٤ - الأصوات الجانبية: وهي الأصوات التي تنتج عن خروج الهواء من جانبي اللسان كنتيجة لإغلاقه من الأمام. ل/ L / .

٥ - الأصوات الأنفية: وهي الأصوات التي تنتج عن اغلاق سقف الحلق اللين مع اللسان وهروب التيار الهوائي عبر الأنف. م/m/ ن/ n / .

٦ - الأصوات الترددية، وهي الأصوات التي تنـتج عن اهتزاز اللسان وخروج الهواء خلال هذا الاهتزاز. ر/ r / .

٣ - حالة الأوتار الصوتية:

ونعني بها حـالة الأوتار الصوتية من حـيث الاهتزاز أو عدمـه، حيث إن الاهتزاز هو الحركة الوحيدة التي تهمـنا الآن، أما ما يعتري الأوتار الصوتية من حركات أخرى، فسيأتي الحديث عنها في مجال آخر بإذن الله. وتقسم الأصوات من حيث الاهتزاز أو عدمه إلى مجموعتين وهما:

١ - الأصوات المجـهورة (Voiced Sounds) وهي الأصوات التي تهـتز أثناء نطقها الأوتار الصوتية.

٢ - الأصوات المهـموسة (Voiceless Sounds) وهي الأصوات التي لا تهتز أثناء نطقها الأوتار الصوتية.

وتظهر هذه الأصوات من خلال الجدول الذي تم عرضه في الفصل الأول من الباب الأول حيث إن الأصوات المهموسة تم رسمها إلى اليمين، وأما الأصوات المجهورة فقد تم رسمها إلى اليسار، وقد التزمنا في الجدول الأصوات العربية فقط.

وهكذا فإن الاضطراب النطقي يمكن تحديده من خلال الجوانب الثلاثة السابقة، وهذا يعني بالضرورة أن الاضطراب النطقي هو اضطراب حركي (motor disorder) ومن هنا ندخل في مشكلة التفريق بين اضطرابات النطق الحركية واضطرابات النطق العائدة إلى النظام اللغوي، وهو ما يقصد به تنسيق الأصوات في الدماغ، وهو ما يعرف بالمستوى الفنولوجي (Phonological Level)، وبالتالي فإن المشكلات الناتجة عن اضطرابات في النظام الفنولوجي، ما هي إلا مشكلات لغوية تترك ظلها المباشر على النطق، وقد يخلط البعض في تفريقها عن مشكلات النطق الحركية، ومهما يكون الأمر، فإن هذه المشكلات الفنولوجية لن تتعدى في مظهرها الأبعاد الثلاثة وهي مكان الإنتاج وطريقته وحالة الأوتار الصوتية. غير أن التعامل معها يختلف بعض الشيء وإن كانت كثير من الدراسات تعاملها بنفس طريقة اضطرابات النطق الحركية. وقبل خوض غمار هذه الاضطرابات عليك عزيزنا القارئ أن تستوعب جيداً ما عرضناه في الفصل الأول عن التعريف العام للغة وتطورها. وما فصلنا عن النظامين الصوتي والفنولوجي بشكل خاص لما لهما من عظيم الأثر في فهم هذه الاضطرابات.

اضطرابات النطق (Articulation Disorders):

وهي الاضطرابات التي تنتج عن مشكلات أو خلل يقع في أعضاء النطق، وذلك يعني أنها مشكلة حركية، ويمكن القول: إن هذه الاضطرابات هي ما قد يواجهه شخص في استخدام الجهاز الصوتي، وعلينا أن نعرف أن هذه الاضطرابات لا تعود إلى أسباب جسمية من مثل عطب في الأعصاب، أو عطب في الشفة أو ما يسمى الشفة الأرنبية، وكذلك فهي لا تعود لما يصيب الحنجرة من اضطرابات. ويجب معرفة أن هذه الاضطرابات لا تعود أسبابها إلى اللهجة (Dialect)، وإذا كانت الظروف السابقة ليست أسباب هذه الاضطرابات، فما هي أسبابها؟

أسباب اضطرابات النطق

تعود اضطرابات النطق لسببين وهما:

١ - الأسباب العضوية (Organic) وهي إصابة أعضاء النطق بمرض من مثل: خلل في إطباق الأسنان، أو انعقاد اللسان (Tongue tie) أو طول اللسان وقصره الزائدين.

٢ - الأسباب الوظيفية (Functional Disorders) وهنا يكون السبب غير معروف فأعضاء النطق سليمة، ومع ذلك فإن المشكلة قائمة، مع استبعاد كون المشكلة فنولوجية، ولكن هنا علينا أن نعرف أنه بإمكاننا ربط الاضطراب بالأبعاد الثلاثة السابقة، وأن نتعامل معه كعرض وليس كسبب وهذا ما يسمى بالعلاج العرضي (Symptomatic Therapy).

التقييم (Evaluation)

اعتبارات عامة للتقييم

عند التقييم علينا استبعاد الصعوبات الناجمة عن أسباب عضوية، وذلك لوضع الخطط العلاجية للصعوبات الناجمة عن أسباب وظيفية، وتستبعد الأسباب للتخلص منها طبياً أو بالطريقة المناسبة، ولا شك أن علينا كمعالجين أن نتأكد من إجراء فحص السمع للحالة حتى قبل معرفة الاضطراب، لغوياً كان أم نطقياً أو كلامياً أو صوتياً. لما لذلك من أهمية كبيرة في تشخيص الاضطراب.

وحتى يكشف عن الاضطراب، علينا تحديد كيفية نطق المريض للصوت أو الوحدة الصوتية (Phoneme) وذلك لتصنيف هذه الأخطاء لديه، علماً أن الأخطاء (Errors) في هذا الاضطراب يمكن تصنيفها تحت أربع مجموعات وهي:

١ – **الحذف (Omission or Deletion)**: حيث يتم حذف صوت أو مقطع من بداية الكلمة أو منتصفها أو نهايتها.

٢ – **التبديل (Substitution)** : حيث يستبدل المريض صوتاً بصوت.

٣ – **الإضافة (Addition)**: وذلك بأن يضيف الشخص للكلمة صوتاً أو مقطعاً في مكان ما منها.

٤ – **عدم الوضوح (Distortion)**: حيث ينطق المريض الصوت بشكل غير

واضح المعالم، كأن يبعد الصوت عن مكان النطق الصحيح، أوي يستخدم طريقة غير سليمة في عملية إخراج التيار الهوائي اللازم لإنتاج ذلك الصوت.

ويندرج تحت هذه الأخطاء عدد كبير من العمليات الفنولوجية (Phonological Processes) حيث إن نوع هذه الأخطاء غالباً ما يندرج تحت قانون معين (Phonological Rule) ولا يكون عشوائياً، وبالتالي فإن هذه الأخطاء تعود لتتجمع تحت هذه العمليات، منطقياً تنضوي تحت الأنواع الأربعة السابقة وسنعرض الآن لبعض العمليات أو الاستراتيجيات.

١ - الحذف (Deletion):

أ - حذف الساكن الأخير: حيث يحذف المريض الصوت الأخير من الكلمة من مثل دار ----دا.

ب- حذف مقطع من كلمة من مثل بطاطا ----- طاطا.

٢ - التكرار: وذلك بتكرار مقطع من كلمة أكثر من مرّة من مثل واوا ---- دادا.

٣ - التغيير في مكان الصوت من مثل مدرسة ---- مردسة.

٤ - تأثر الأصوات بعضها ببعض أسبوع --- أزبوع.

٥ - الخنف وذلك بخروج التيار الهوائي من الأنف من مثل باب --- بام.

٦ - إعطاء صفة الجهر من مثل أسبوع ----- أزبوع.

٧ - التغييرات في مكان إنتاج الصوت من مثل التقديم في مركز ---- مرتز.

٨ - التغيير في طريقة تشكيل الصوت من مثل:

أ - التوقيف : وذلك بتحويل الصوت الاحتكاكي إلى وقفي من مثل شمس --- تمت.

ب- التحويل إلى علّة من مثل طاولة ---- طاوّة.

ج - إخفاء صفة الأنفية من مثل نار -----دار.

ونخرج من كون هذه الأخطاء مقننة أو يمكن تقنيننها، بأن اللّغة والكلام بشكل عام محكوم بقوانين لا يمكن الخروج عنها، ،نتذكر هنا ما سبق وأشرنا إليه في تعريف اللّغة أنها سلوك محكوم بالقوانين (Ruled gov-erned behavior) وبالتالي فإن هذا الاستنتاج يزودنا بطمأنينة في التعامل حيث يسهل علينا جمع المعلومات عنها، والتعامل معها من خلال قوانين اللّغة والأصوات، وليس بشكل عشوائي مما يعطي لعملنا الصفة العلمية البعيدة عن التصورات والتخيلات والأحلام.

ولذا فعندما نريد معرفة الأخطاء فعلينا تحديد هذه الأخطاء، وذلك بتحديد الموقع الذي يحدث فيه الخطأ كأن يكون في البداية (Initial)، أم في الوسط (mid) أم في النهاية (Final).

إلى ما يهدف إجراء الفحص والتقييم:؟

١ - المسح (Screening): وذلك بتحديد المشكلات التي يمكن وجودها

لدى الشخص، حيث يعبر عن هذا الهدف باجتياز أو فشل الشخص في الاختبار.

٢ - **التنبؤ (Prediction):** ويقصد به معرفة المعالج وضع المريض من حيث قدرته على تخطي مشكلته بدون تدخل علاجي (Intervintion) أو عكس ذلك.

٣ - **التشخيص (Diagnosis):** ويقصد به وصف الصعوبات النطقية التي يعاني منها الشخص، ويشمل ذلك الصعوبات الثابتة والمتغيرة التي تؤثر على المريض، حيث يصبح بالإمكان الاستفادة من هذه العوامل في نسج خطة علاجية ناجحة للتعامل مع المريض، وتشتمل عملية التشخيص أربعة جوانب، وكل جانب هو عبارة عن إجابات لمجموعة من التساؤلات التي تنبثق من تساؤل رئيسي:

أ - ما هي الأصوات التي يخطئ فيها الشخص؟

- كم عدد الأصوات الخاطئة؟
- ما هي أنواع الأخطاء، هل هي حذف أم تبديل . . . إلخ؟
- ما هو موقع الأخطاء، هل هو في البداية أم في الوسط أم في النهاية؟
- ما هي ظروف تكرار وكثرة الأخطاء ، هل تكثر في الكلام السريع أم في كل ظروف الكلام؟

ب - كيف تظهر أخطاء المريض؟

وهذا يعني شكل ا لحركات العضلية من ضمن أعضاء النطق، والتي تؤدي إلى الاضطراب النطقي، وهل تظهر هذه الأخطاء بشكل واضح؟

ج - كيف يتأرجح أداء المريض النطقي؟

- تحت أي ظروف يتغير أداؤه؟
- هل يبدي تحسناً عندما نعرضه لنماذج مرئية ومسموعة حتى يقلدها؟
- هل هناك بيئات صوتية تساعده على تحسين نطقه للأصوات التي يعاني من صعوبات في نطقها؟

د - ما هو المسبب للصعوبات النطقية لدى الشخص؟

- هل تعود إلى مشكلات في:

١ - التمييز؟

٢ - القدرة على الاستعادة أو مدى قوة ذاكرته؟

٣ - قدراته العصبية العقلية (Neuromuscular)؟

٤ - مدى كفاية النماذج الكلامية؟

٥ - الاستثارة والدافعية لإنتاج كلام جيد صحيح؟

٤ - **اختيار الصوت:** وذلك بعد أن نحدد حاجة الشخص للتدخل العلاجي أو عدمه، وهنا يتحتم على المعالج اختيار أصوات دون أخرى ليبدأ بها العلاج، فهل يكون هذا الاختيار عشوائياً أم بشكل مدروس؟ بالطبع يجب أن يكون هذا الاختيار مدروساً ويندرج تحت قواعد ومبادئ.

مبادئ اختيار الأصوات للعلاج:

١ - العمر التطوري (Developmental Age): فإن على المعالج اختيار الصوت الذي يظهر أولاً من حيث التطور اللغوي والكلامي لدى الطفل، وذلك لأنها تماشي التطور الطبيعي ولا تتناقض معه.

٢ - سهولة الاستثارة (Stimulability): حيث يكون بإمكان الطفل إنتاج الصوت بالتقليد (Imitation)، أو بمعنى آخر، بأقل جهد علاجي ممكن من قبل المعالج والمريض على حد سواء. وبالتالي يكون هذا تشجيعاً للمريض بإمكانية إحداث التغير السريع، وكذلك للمعالج الذي يستطيع رؤية نتائج العمل بأقصى سرعة ممكنة.

٣ - الأخطاء غير الثابتة (Inconsistant) قبل الثابتة (Consistant): وهذا يعني أن نختار الصوت الذي لا يتكرر خطؤه في كل البيئات الصوتية، حيث يكون بإمكان المريض إنتاجه بشكل صحيح في بيئة صوتية دون أخرى، وبالتالي فإننا نبني على مجرد معرفة المريض لكيفية النطق السليم ولو في أماكن دون أخرى، حيث نسعى إلى تعميم هذه المعرفة من البيئات التي يتقن الشخص فيها نطق الصوت إلى البيئات الأخرى.

٤ - اختيار الصوت الذي يمكن الشعور به (Demonstratable) وذلك باختيار الأصوات التي يمكن إظهارها باستخدام الحواس، من مثل الأصوات الشفوية بحيث يسبق في العلاج الأصوات الحلقية.

٥ - اختيار الأصوات التي تؤثر على وضوح الكلام، وهذا يعني الأصوات الأكثر تكراراً في كلام الشخص.

وهنا على المعالج تذكر ما يلي:

١ - أهمية التعامل مع البيئات الصوتية (Phonetic Evironment).

٢ - معرفة الأصوات من ضمن اللّغة التي يتعامل معها، بحيث يعرف أدق الصفات التي تميّز كل صوت عن الآخر، ليتعامل معها بالطريقة المناسبة.

٣ - المعرفة باللهجات ومدى تأثيرها على كلام الشخص.

إجراءات التقييم

١ - تاريخ الحالة (Case history):

عادة ما يقوم بملء المعلومات الخاصة بتاريخ الحالة في نماذج معدة مسبقاً من قبل المركز، الشخص المريض أو أحد المهتمين به. قبل البدء بعملية التقييم المباشر، وذلك بإعطاء المعالج المعلومات اللازمة من مثل المعلومات الشخصية ووصف المشكلة من وجهة نظر الأهل، سير التطور اللغوي لدى الطفل، والتاريخ الطبي للطفل وللعائلة، وكذلك معلومات عن أفراد

آخرين في الأسرة يعانون من نفس الاضطراب، ويجب ألا نهمل هذا الجانب لمايشكل من أهمية بالغة من حيث:

أ - إعطاء المعالج فكرة موجزة عن المشكلة بغض النظر عن مدى دقتها.

ب - تسهل مهمة المعالج في تحضيره للمقابلة مع الطفل، والاستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها في تحضير الأدوات اللازمة للتقييم.

٢ - **التقييم الطبي** (Medical evaluation):

يفضل أن يعرض المريض على الطبيب الخاص بالمركز لمعرفة مدى السلامة الصحية لأجهزة الطفل ذات العلاقة من مثل، السمع واللسان والفم والشكل العام للوجه وعضلاته. لما يقدمه هذا التقييم من مؤشرات هامة للتقييم والعلاج.

٣ - **المقابلة** (Interview):

وتعقد المقابلة عادة قبل اختبار الحالة وتقييمها مباشرة، حيث يطرح المعالج أسئلة على المريض والمهتمين به كالوالدين. ليحصل على ما يلي:

أ - معرفة شعور الحالة والأهل تجاه الاضطراب وكيفية تعاملهم معه.

ب - معرفة السلوكات المصاحبة للاضطراب لدى المريض وذلك من خلال الملاحظة المباشرة.

ج - يمكن اعتبار المقابلة مع المريض هي العينة الكلامية (Speech Sample).

٤ - العينة الكلامية (Speech Sample):

ويقصد بالعينة الكلامية، الكلام الذي ينتجه المريض تحت ظروف يبدعها المعالج بهدف تحليله والوقوف على شكل الاضطراب ومواقعه في كلام المريض، ولدينا نوعان من العينات الكلامية.

أ - العينة الكلامية العفوية: ويتم تنفيذها مع الأطفال على شكل جلسة لعب، تظهر عفوية بالنسبة للطفل، ولكنها منظمة ومحكمة الإعداد بالنسبة للمعالج، وتأخذ الجلسة شكل عرض مجموعة من الصور، ويراعى فيها احتواؤها على معظم أصوات اللّغة موزعة على الأمكنة الثلاثة وهي البداية. الوسط ،النهاية وعلى سبيل المثال لو أردنا معرفة نطق صوت السين لدى الطفل فإننا نعرض عليه صوراً تحوي هذا الصوت في مواقعه الثلاث من مثل: صورة لسجادة. وصورة لمسبح وأخرى للشمس. وقد يلجأ المعالج إلى حث الطفل على الكلام الحواري من مثل ذكر أحداث مرت معه في ذلك اليوم، أو تسمية الأشياء الموجودة في محيط الغرفة، أو ما قد يستطيع رؤيته من خلال النافذة. أما بالنسبة للكبار فيمكن إجراء حوار عادي والطلب إليه قراءة نص سهل مختار بعناية إذا كان بإمكان الشخص القراءة.

ب - قد تكون العينة العفوية كافية في بعض الحالات ومقنعة بالنسبة للمعالج، ولكن إذا تبادر الشك في مدى كفاية هذه العينة فباستطاعته اللجوء إلى الاختبارات المقننة المعدّة لهذا الغرض، وهي كثيرة تختلف عن بعضها من خلال الهدف الذي وضعت من أجله، وكذلك في طريقة إجرائها، والعمر الذي يمكن إجراؤها معه. وسنورد عدداً من هذه الاختبارات باقتضاب، غير أننا سنتوقف عند اختبار تم تقنينه في الجامعة الأردنية من قبل الدكتور موسى العمايرة. ومن هذه الاختبارات.

١ - اختبار تمبلن - ديرلي للنطق (Templin - Darley Test):

ويفحص هذا الاختبار نطق السواكن منفردة ومتتابعة ضمن الكملة الواحدة. من خلال عرض لمجموعة من الصور كمثير بصري وذلك ليستجر إنتاج الكملة المفردة، ويعتبر اختباراً تشخيصياً مناسباً، حيث إنه يفحص إنتاج الصوت أكثر من مرة، مما يعطي القدرة للمعالج على تحديد الأصوات المضطربة بثبات والمضطربة بشكل غير ثابت. وبالتالي القدرة على وضع خطة علاجية مناسبة، ونجد في هذا الاختبار ١٤١ عنصراً لقياس الأصوات، وكذلك نجد فيه ١٤١ جملة لقياس الكلام المتتابع، حيث يعرض الجمل بشكل مكتوب، فإما أن تقرأ هذه الجمل أو تعاد من قبل المريض إن لم يستطع القراءة، ويستخدم هذا الاختبار عادة للأطفال في سن ما قبل المدرسة ومن هم في عمر الروضة.

٢ - اختبار العشر كلمات لتريوتا (Triota Ten word Test):

ويحتوي هذا الاختبار على عشر كلمات تمثل الأصوات التي تحتمل وقوع الخطأ فيها ويعتمد على دراسات في تحديد الأخطاء الأكثر شيوعاً. ويمكن إنجازه في وقت قصير، غير أنه غير كافٍ ولا يستفاد منه إلا في البيئة التي وضع لها.

٣ - اختبار جولدن مان - فريستو (The Goldenman Fristo Test):

ويتكون من ثلاثة أجزاء:

أ - اختبار الأصوات في كلمة: ويتكون من مجموعة من الصور حيث يسأل المعالج المريض ماذا ترى في الصورة؟

ب- الأصوات في جمل: وذلك بأن يعيد المريض جملاً بعد المعالج، ويتكون من مجموعتين من القصص السردية، تم قراءتها من قبل المعالج، وترفق هذه القصص بصور توضيحية لأحداث القصّة، ومن ثم يطلب من المريض إعادة سرد القصة بأسلوبه الخاص، وتقدم له الصور كمعين له على التذكر.

ج - الاختبار التحفيزي: وذلك لمعرفة مدى قابلية الطفل على نطق الصوت من خلال التقليد المباشر، حيث ينطق المعالج مجموعة من المقاطع والكلمات والجمل، ويطلب من المريض إعادتها. ويعتبر هذا الاختبار بأجزائه الثلاث ذا قيمة تشخيصية عالية.

٤ – اختبار الكفاية النطقية لفيشر–لوجمان (Fisher-Logmann Test):

ويتكون من ثلاثة أجزاء وهي:

أ – اختبار الصور: ويتكومن ١٠٩ صورة، ويطلب من المريض ذكر ما يرى في كل صورة، ويمكن تقديم المساعدة للطفل إذا استدعت الضرورة ذلك.

ب– الاختبار المسحي ويتكون من كلمات لاختبار الأصوات الآتية: /θ/، /ð/، /ʃ/، /s/، /z/، /L/، /ʒ/، /tʃ/، /dʒ/، /j/، /r/.

حيث تعتبر هذه الأصوات من وجهة نظر واضع الاختبار الأكثر عرضة وشيوعاً للاضطراب والخطأ.

ج – اختبار نطق الجمل، ويتكون من خمس عشرة جملة، إحدى عشر منها لفحص السواكن والأخرى لأصوات العلّة.

٥ – الاختبار العميق للنطق (Deep Test):

ويقوم هذا الاختبار على افتراض أن النطق عملية ديناميكية، حيث إن نطق الصوت غالباً ما يتأثر بنطق الأصوات المجاورة وهذا ما يدعي بتداخل النطق (Coarticulation)، ويهدف هذا الاختبار إلى تحديد البيئات الصوتية التي تسهل نطق صوت ما، ويتكون الاختبار من أزواج من الكلمات، ويطلب من الطفل نطقها بسرعة ،

ويستخدم هذا الاختبار مع الأطفال في عمر ما قبل المدرسة.

٦ - **مقاييس المحادثة (Converstional Meaures):**

حيث تفحص هذه الاختبارات أداء الطفل في مواقف طبيعية من مثل الكلام العفوي، إعادة القصص، المواقف الحوارية، الكلمات المفردة.

ومن الجدير بالذكر أن نتائج هذه الاختبارات تتأثر بعدد من العناصر:

أ - متغيرات تعود للطفل، فقد يمتنع عن الكلام.

ب - متغيرات تعود للمعالج من حيث الإعداد الجيد والوضع النفسي والكفاية الوظيفية.

ج - متغيرات تعود للاختبار نفسه وطريقة إعداده.

د - متغيرات تعود إلى طبيعة التفاعل بين المعالج والطفل.

٧ - **اختبار القابلية (للمريض والأصوات) (Stimulability Assessment):**

وهو يختبر قدرة المريض على إعادة الأصوات الخطأ عندما ترفد بمثيرات مختلفة حيث يطلب المعالج إلى المريض الاستماع والإعادة، ويمكن الاستعانة بالمثيرات البصرية كتحفيز للطفل وتتم هذه العملية على ثلاثة مستويات.

أ - الأصوات المنفردة.

ب - الأصوات ضمن مقاطع.

ج - الأصوات ضمن كلمات.

ويهدف هذا الاختبار إلى:

١ - التنبؤ بامكانية اكتساب الصوت بدون تدخل علاجي.

٢ - تحديد المستوى الذي تبدأ عنده استجابات المريض في النطق، فهل هو عند الصوت المفرد أم ضمن المقطع أم ضمن الكلمات؟ وقد أظهرت نتائج لبعض الدراسات على القابلية للاستثارة مايلي:

١ - وجد أن الأطفال في سن الصف الأول والذين لديهم القدرة على تصويب أخطائهم النطقية عن طريقة التقليد بنسبة ٧٥٪ من المرات، وقد وجد أنه باستطاعتهم تصويب أخطائهم بدون علاج.

٢- وجد أن الأخطاء غير الثابتة أكثر قابلية للاستثارة من الأخطاء الثابتة.

٣ - من الممكن استخدام المقاطع والكلمات دون أن يكون لها معنى أي عبارة عن تنسيق للأصوات بشكل صحيح.

٤ - عندما يستطيع الطفل تقليد الصوت بنجاح، فإن بإمكانه تعميم هذا النطق على باقي الكلمات التي كان يخطئ فيها.

٥ - إن التقليد الناجح من قبل الطفل يشير إلى:

أ - أن لدى المريض المهارة الحركية الصوتية التي يحتاجها في نطق ذلك الصوت.

ب - أن الصوت الخطأ موجود بصورته الصحيحة في البنية العميقة لدى الطفل.

٦ - الأولوية في العلاج يجب أن تعطي للأصوات القابلة للاستثارة.

٨ - الفحص الذي تم تقنينه في الجامعة الأردنية.

وقد وضع هذا الاختبار لقياس نطق الأصوات الساكنة في الكلمة المفردة، ويتكون من مجموعة من الصور، لاختبار كل صوت في المواقع الثلاثة، البداية والمنتصف والنهاية. حيث يتم عرض الصور على المريض ويقوم المعالج بطرح السؤال الآتي: ما ذا ترى في الصورة. وإن واجه المريض صعوبة في تسمية ما يرى، فبإمكان المعالج تقديم المساعدة وذلك بطرح أسئلة تقرب إلى ذهن المريض اسم الشيء الموجود في الصورة، حيث يتم وصف نطق الطفل للصوت المستهدف على ورقة مرفقة بالاختبار بجانب إشارة توضح إن الإستجابة تلقائية، ومن ثم يعيد المعالج الكلمات التي يواجه الطفل صعوبة في نطق الصوت المستهدف فيها حتى يرى مدى قابليته للاستفادة من الإعادة، ويرفق المعالج نطق الطفل الصحيح بجانب الإشارة التي توضح أن الاستجابة كانت نتيجة التقليد.

التوصيف الصوتي للعينة الكلامية Transcription:

ويقصد بالتوصيف الصوتي. كتابة العينة التي تم جمعها برموز يستطيع

تحليلها أي متخصص في مجال علاج اضطرابات النطق والتخاطب، وتعتبر الابجدية الصوتيـة العالمية (International Phonetic Alphabet) من الطرق الدارجـة في توصـيف العـينات الصوتـية في مـجـال النطق، حـيث إنه من الممكن أن يتم التقييم من قبل المعالج والعلاج من قبل آخر. فباستخدام هذه اللّغة يسهل على المعالجين الاستفـادة من جهود الآخرين دون عناء ومشقة. ومما يجب أن يؤخذ بالحسبان هو التوصـيف الصوتي الدقيق لما له من أهمية في إعطاء أدق التفـصيـلات الصوتية التي تسـاعد المعالـج في وضع خطته العلاجية.

يقوم التـوصيف الصـوتي على الملاحظات المباشرة أثناء جـلسة التقـييم، وإن كانت كـثرة الكتابة أمام الطفل قـد تكون سبباً في تشـتته، لهذا فـيجب الاعتماد على تسـجيل الجلسة التقيـيمية إما بالتسجيل المـرئي. أو التسجيل الصوتي، وغالبـاً ما تتوفر وسـائل التسجيل الصوتي أكـثر من المرئي وذلك بسبب التكلفة العالية للثانية. ومن هنا فـيجب استخدام أجهزة تسجيل ذات جودة عالية. إلى جانب التخفيف من مصادر الإزعاج.

التحليل (Analysis):

ويقصـد بالتحليل تحديد المشكلة وحـجمهـا وموقعهـا في كلام المريض، ومحاولة معرفة الأسبـاب المؤدية لهذه المشكلة وذلك لوضع التقرير النهائي ووضع الخطة العلاجية القائمة مع تفسيرات للعينة الصوتية. ويفضل أن يتم التحليل مباشرة بعد الانتهاء من جلسة التقييم، وذلك حتى لا ينسى المعالج

الملاحظات التي لاحظها أثناء جلسة التقييم وقد أسهبنا في الحديث عن هذه النقطة سابقاً.

وفي تسجيل النتائج يمكن للمعالج الاستفادة من هذه الملاحظات:

١ - تحديد كيفية نطق المريض للأصوات، مع الأخذ بعين الاعتبار الأصوات التي نطقت بشكل صحيح والأخرى التي لم تنطق بشكلها الصحيح.

٢ - تصنيف الأصوات التي نطقت بغير شكلها الصحيح ضمن الأنماط الأربعة وهي: الاستبدال، والحذف والإضافة وعدم الوضوح.

٣ - تحديد العمليات الفنولوجية التي يستخدمها المريض وذلك بتحديد البيئات الصوتية التي يتم الخطأ فيها.

٤ - عدم تجاهل بعض الأخطاء الدقيقة من مثل الجهر والهمس.

ويمكن أن يندرج تسجيل النتائج تحت ثلاثة مستويات:

١ - تحديد الأصوات الخطأ ووصف أنماطها ومكانها.

٢ - مقارنة القرارات بآراء آخرين وذلك لزيادة صدق هذه الأحكام.

٣ - إجراء الاختبار أكثر من مرة وذلك للتأكد من دقة الحكم.

وتعتمد قرارات المعالج على أكثر من جانب وذلك لمعرفة سبب الاضطراب وكيفية التعامل معه:

١ - تاريخ الحالة

٢ - فحوصات التجويف الفمي.

٣ - المسح الصوتي.

٤ - اختبارات الطلاقة

أما بالنسبة لفحوص التجويف الفمي فتحتوي على:

١ - ما يخص الأسنان من حيث الأطباق، فقدان بعض الأسنان.

٢ - انشقاق الحلق (Cleft Palate).

٣ - مرونة الشفاه وحركتها.

٤ - حالة اللسان حيث إنه قد يصاب بعدد من المشكلات من مثل.

أ - إفراط في الطول (Macro glossia).

ب - إفراط في القصر (Micro glossia)

ج - انعقاد اللسان (Tongue Tie)

كتابة التقرير (Reporting):

إن التقرير الذي نعده يحوي نقلاً منظماً لما قمنا به في عملية التقييم، حيث إن له شكلاً منظما ويحوي عدداً من الجوانب.

١ - **المعلومات الشخصية**: وهي المعلومات التي يتم أخذها من خلال نموذج خاص معد مسبقاً، يملؤه المريض أو ذووه، ويحوي الاسم وتاريخ الميلاد والعمر والصف والمدرسة والعنوان التفصيلي، وأي معلومات ضرورية

من مثل ترتيب الطفل في العائلة. .إلخ.

٢ - **أكبر قدر ممكن من المعلومات** عن تاريخ الحالة، وكلما كانت المعلومات أكثر كلما كان التصور أشمل وأدق، حيث تبدأ مع الحالة منذ فترة الحمل إلى تاريخ إجراء التقييم، وعادة ما تؤخذ هذه المعلومات من المريض إذا كان بالغاً، والمهتمين فقط إذا كان المريض طفلاً.

٣ - **ذكر أدوات التقييم المستخدمة**، ويجب أن تكون هذه الأدوات موثقة من قبيل الصدق العلمي.

٤ - **وصف دقيق لعملية التقييم وكيفية سيره**، وكذلك نتائج هذا التقييم وتفسير هذه النتائج، ويجدر بنا هنا أن نذكر أن النتائج تختلف حسب الأدوات والطرق المستخدمة في التقييم، فلكل أداة طريقة مختلفة في نتائجها لغوياً، وعلينا بعد ذكر النتائج، ان نقارنها بما يتوفر لدينا من معلومات.

* التغييرات البنائية لأجهزة الكلام المتحركة:

قبل الشروع في استراتيجيات العلاج نرى أنه من الضروري التعرض لبعض أعضاء النطق لما لهذا الأمر من أهمية في عملية التقييم وما يتبعه من وضع استراتيجيات مناسبة للعلاج.

١ - الشفتان (Lips) وهي العضو الأكثر بروزاً من أعضاء النطق، ويتم تحريكها إرادياً، لتلعب من خلال حركاتها المختلفة أدوراً في إنتاج أصوات مختلفة من مثل (rounding) التدوير للمشاركة في إصدار صوت / O / و / u / وغيره من الأصوات التي تحتاج إلى

التدوير. وكذلك تلعب دوراً أساسياً في تشكيل الأصوات الشفتانية والشفوي أسنانية. وقد تصاب باضطرابات مختلفة من مثل عدم القدرة على التحكم بحركاتها. أو بظهورهما بشكل غير متناسق وذلك بالميل إلى أحد جانبي الوجه. وكذلك وبمشاركة مع سقف الحلق فإن الشفة العليا تصاب بانشقاق ضمن اضطرابات الحلق (Cleft Palate) ويطلق عليه الشفة الأرنبية.

٢ - الفكّان (Jows) ويحمل الفكان الأسنان، وللفكين حركات أرادية للأعلى وللأسفل وكذلك للجانبين، وتلعب دوراً مهماً في عملية إطباق الأسنان (Occlusion) وبالتالي فإن حركة الفكين تتحكم في حجم التجويف الفمي (Oral cvity) وكذلك إعطاء الفرصة لأعضاء النطق الموجودة في هذا التجويف لتأخذ مكانها المناسب عند إنتاج الأصوات. ومن هنا فإن أي خلل في الفكين يؤثر تأثيراً واضحاً على وضوح الصوت وجودته. ولعل أهم الاضطرابات التي تصيب الفكين هي، عدم القدرة على التحكم بحركتهما. وتقدم أحد الفكين على الآخر وبالتالي عدم اكتمال عملية الإطباق. فقد يتقدم الفك العلوي على السفلي (Overbite) أو العكس (underbite) أما الأسنان فتلعب دوراً أساسياً في الأصوات الأسنانية والشفوي أسنانية، ولعل أهم الاضطرابات التي تصيبها هي فقدان عدد منها. وكذلك عدم انتظامها في شكلها الصحيح وذلك إما بأن تكون مائلة

للأمام أو للخلف مما تستدعي الحاجة لما يسمى بتقويم الأسنان.

٣ - اللسان (Tongue) وهو العضو الأكثر حركة بين أعضاء النطق حيث إنه يتحرك إلى جميع الاتجاهات، ويدخل بحركاته المختلفة في تشكيل معظم الأصوات، فحركة مقدمة اللسان تلعب دوراً أساسياً في تشكيل الأصوات الأسنانية واللثوية وكذلك جزءاً من الأصوات الحلقية أما حركة منتصف اللسان فتلعب دوراً في تشكيل الأصوات الحلقية وأما حركة مؤخرته فتلعب دوراً في تشكيل الأصوات الحلقية والبلعومية. وكذلك فإن اتخاذ اللسان لأشكال مختلفة يلعب دوراً في تشكيل أصوات معينة فإذا أخذ اللسان شكل التجويف أو الشق (grove) فإنه يلعب دوراً في تشكيل صوت السين، وكذلك فبحركة اللسان إلى الخلف يلعب دوراً أساسياً في تشكيل الأصوات المفخمة (Pharyngealization) ولعل أهم الاضطرابات التي قد تصيب هذا العضو هو عدم القدرة على التحكم بحركة هذا العضو. ومن الاضطرابات التي قد تصيبه الزيادة في الحجم والطول والنقصان فيهما وكذلك انعقاد اللسان (Tongue tied) وذلك بوجود زائدة لحمية تربط مقدمة اللسان بأرضية الفم.

٤ - سقف الحلق اللين (Soft Palate) حيث إن حركته آلية وليست إرادية وهذا العضو يشكل الباب الذي يفصل التجويف الفمي (Oral Cavity) عن التجويف الأنفي(Nasal Cavity) وبالتالي فإن هذا العضو يلعب

دوراً أساسياً في جودة جميع الأصوات فحركة هذا الجزء هي الإغلاق والفتح فإذا كان الصوت المراد إنتاجه فمياً أغلق هذا العضو المجرى الأنفي، أما إذا كان الصوت أنفياً فإنه يبقي المجرى الأنفي مفتوحاً. وبالتالي فإن أي خلل في حركة هذا العضو يؤثر على جودة عدد كبير من الأصوات فإذا كان الخلل بعدم القدرة على الإغلاق التام عند الحاجة فتظهر لدينا مشكلة الخنف (Hypernasality) ونعني به خروج التيار الهوائي من الأنف أثناء إنتاج الأصوات الأنفية أما إذا كان الإغلاق مستمراً وله أسباب من مثل عدم القدرة على التحكم بحركة هذا العضو وكذلك وجود زوائد لحمية (Adinoids) فتظهر لدينا مشكلة الخنب (Hyponasality) وهي خروج التيار الهوائي من الفم أثناء انتاج الأصوات الأنفية.

٥ - الأوتار الصوتية (Vocal Cards) وهي العضو الموجود في أعلى الحنجرة ولها حركات مختلفة من مثل الفتح والإغلاق وبالتالي السماح للتيار الهوائي الخروج بسلاسة دون إعاقة ولا ننسى أنها تلعب دوراً أساسياً في إنتاج صوت الهمزة (Glotlal Stop) ومن حركاتها الشد والارتخاء وكذلك من أهم حركاتها الإهتزاز (Vibration) وهو ما يعطي صفة الجهر أو الهمس للصوت المنتج.

طرق العلاج (Therapy Methods)

وبعد أن انتهينا من تقييم الحالة، وحللنا العينة اللغوية، ووصلنا إلى النتائج والتفاسير للمشكلة، نقف على الدرجة الأخيرة ألا وهي العلاج، وكغيره من الاضطرابات ، فإن اضطراب النطق له طرق مختلفة في العلاج ويجب أن نعرف أنه لا يوجد اتجاه واحد يعتبر الاتجاه السوبر (Super) فقد يكون استخدام أكثر من أسلوب مع حالة واحدة مفيداً؛ ذلك إن أسلوباً ما قد يكون ناجعاً مع مجموعة من الأصوات دون أخرى.

ا - الاتجاه الذي يعتمد مكان نمفصل الصوت (Phonetic Placement Approach)

ويعتمد هذا الاتجاه على تعريف المريض كيفية إنتاج الصوت الذي يعاني من نطقه وذلك بأن يوضح المعالج للمريض مكان إنتاج الصوت، والأعضاء المشاركة في إنتاجه وأي إشارة يمكن أن تكون ذات فائدة في إيصال فكرة الصوت، وعادة ما ينجح هذا الأسلوب في حالة الأصوات التي يمكن تمثيلها والإحساس بها. من مثل الأصوات الشفتانية (Labials) والأسنانية (Dentals)، والشفوي أسنانية (Labiodentals) واللثوية (Alveolars)، ويصعب تطبيق هذا الاتجاه بدرجات متفاوتة مع الأصوات التي لا يمكن تمثيلها أو الإحساس بها من مثل الأصوات الخلفية (Back Sounds). وفي هذا الاتجاه يستطيع المعالج الاستفادة من أدوات مثل المرآة. ضاغط اللسان

(Tongue Depressure) وكـذلك استـخدام حـاسة اللمس باليـد مثـلاً على مكان تمفصل الصوت.

٣ - اتجاه التـدريب السمعي (Ear Training Approach)

تم تطوير هذا الاتجـاه من مـقـبل العالم فـان رايبـر (Van Riper) حيث يقسم هذه الطريقة إلى مرحلتين:

أ - الإعداد السمعي (Auditory Preperation).

ب - إنتاج الصوت (Articulatory Production).

أ - الإعداد السمعي:

١ - على الطفل من حـيث الإدراك أن يحدد الصـوت بشكله الصحـيح قبل نطقه وبالتالي يبدأ تدريب الأذن على عزل الصوت حتى يتمكن الطفل من إدراكه.

٢ - استـثارة الطفل سـماعـياً بالصـوت وذلك ليصـبح الصوت مـألوفاً بالنسبة له.

وكنتيجـة للخطوتين السابقتين، فإن الطفل يتـعلّم كيفيـة تحديد الصوت وبالتالي، يصبح قادراً على تمييزه من خلال مجموعة من الأصوات سمعياً. ويجدر بنا أن نـتذكر هنا، أن الطفل يبـدأ بجمع المفـاهيم قبل استـخدامـها لغوياً كـما أوضحنـا في الفصل الثالث من البـاب الأول وهذا يندرج على

الأصوات من وجهة نظر هذا الاتجاه.

ب - إنتاج الصوت:

ويمر تدريب الطفل في هذه المرحلة بعدد من المستويات وهي:

١ - التدريب على نطق الصوت منفصلاً . حيث يتم التركيز على إتقان نطق الصوت ويمكن للمدرب استخدام الألعاب ليشجع الطفل على النطق السليم. كأن يلعب معه لعبة تحتمل الخسارة والفوز، فإذا فاز الطفل مثلاً فعليه نطق الصوت المستهدف خمس مرات وهكذا.

٢ - التدريب على نطق الصوت في مقاطع لا معنى لها.

٣ - التدريب على نطق الصوت في كلمات، وذلك بتغيير مكان الصوت من البداية إلى الوسط إلى النهاية.

٤ - التدريب على نطق الصوت في كلمات من خلال جمل.

وحتى يتوضح هذا الاتجاه، فسنعرض لمثال تطبيقي، نسير به من خلال خطوات ومراحل هذا الاتجاه في العلاج.

المثـــال:

طفل ينطق صوت س/ S/ ث / θ / ، ونجد هذه المعلومة قد دونت في التقرير بهذه الطريقة (هذا إذا كانت السين تستبدل في كافة الأمكنة / S/ ⟵ /θ/ .

أ - التحضير السمعي:

١- بعد أن يُسمعَ المعالج الطفل الصوت أكثر من مرة، يطلب إليه تمييز الصوت الصحيح من الصوت الخاطئ، وذلك بأن ينطق المعالج الصوتين منفصلين، ويطلب إلي المريض عمل حركة متفق عليها كرفع اليد مثلاً عند سماع صوت السين ورفع القلم عند سماع صوت الثاء.

٢- يطلب المعالج من الطفل تمييز صوت السين في كلمات، حيث يغير مكان الصوت من البداية إلى الوسط إلى النهاية. من مثل سمير، كاسة، خس.

ب - إنتاج الصوت:

١- ينطق المعالج الصوت ويطلب إلى الطفل تقليده.

٢ - ينطق المعالج الصوت في كلمات مع المراوحة في مكان الصوت ويطلب إلى الطفل تقليده.

٣ - يطلب المعالج من الطفل نطق الصوت دون تقليد وذلك بالطلب إليه تسمية ما يراه في الصور.

٤ - يطلب المعالج من الطفل تقليده في إنتاج كلمات تحوي السين في مواقع مختلفة.

٥ - يطلب المعالج من الطفل إنتاج الصوت في كلمات تحوي السين

ولكن هنا يجب أن تكون الكلمات في جمل، كاستجابة لطرح سؤال أو وصف لصوت يعرض على الطفل.

٦ - يطلب المعالج من الطفل نطق الصوت في كلمات، أثناء سرد قصة بسيطة عن طريق عرض الكتب المصورة.

٣ - الاتجاه الحسي الحركي (Sensory Moter Approach)

ويقوم هذا الاتجاه على افتراض، أن نطق الصوت يتأثر بالأصوات المجاورة (Adjacent Sounds) وهو مدى تداخل النطق (Coarticulation) ومن هنا فإن على المعالج اختبار الصوت المنطوق بشكل خاطئ في أكثر من بيئة صوتية ، لمعرفة البيئة التي يجد الطفل أنها مناسبة له، وتيسر عليه نطق ذلك الصوت، ويهدف هذا الاتجاه من هذه الطريقة إلى الكشف عن البيئة الصوتية (Phonetic Environment) الميسرة للنطق والتقليل من درجة اعتماد الطفل عليها في نطق الصوت، وهذا يتطلب تعميم النطق الصحيح على كل البيئات الصوتية التي يرد فيها ذلك الصوت، ويستخدم التطويل (Prolongation) كوسيلة لزيادة إحساس الطفل بهذا الصوت عند وروده في بيئة صوتية مريحة له.

مثال تطبيقي:

طفل يواجه صعوبة في نطق صوت الكاف / *k* / وقد وجد المعالج عن

طريق التجريب أن الطفل ينطق هذا الصوت بشكله الصحيح في بيئة صوتية من مثل (شباك الدار) من هذه النقطة يبدأ العلاج، حيث يطلب المعالج من الطفل تطويل نطق الصوت بتكراره (شباك ك ك كِ الدار) وعندما يشعر المعالج أن الطفل قد أتقن الصوت فإنه يفصله عن هذه البيئة تدريجياً، وذلك بأن ينطق جزءاً من التركيب بشكل منفصل (شباك - الدار) ويبدأ المعالج بإدخال كلمات جديدة في التركيب (شباك - الصف - شباك -الدار) ومن مثل تغيير التركيب كاملاً، إلى أن يصبح بمقدور الطفل استخدام الصوت في كل البيئات الصوتية، وبالتالي نكون قد قللنا من اعتماد الطفل على بيئة صوتية دون أخرى.

ويمكن أن نقول: إن الإجراءات السابقة تعمل على زيادة وعي الطفل وإدراكه للصوت والإحساس به وقبوله، وذلك من خلال معرفة البيئة الصوتية التي يجدها الطفل سهلة عليه، غير أننا قد نواجه مشكلة مع الأطفال الذين تكون أخطاؤهم ثابتة في كل البيئات الصوتية، ولهذا السبب فقد نبهنا منذ البداية، أن أسلوباً واحداً غير كاف لعلاج جميع الحالات، ولهذا لا يمكن أن تصف اتجاهاً بأنه هو الاتجاه النموذجي لعلاج جميع حالات اضطرابات النطق. ولكن مما يلاحظ من خلال التعامل مع الحالات من هذا النوع، فإننا قد نصل مع أحدهم إلى مرحلة من العلاج نجد فيها أن الطفل ينطق الصوت في بيئة دون أخرى ومنها نستطيع استخدام هذا الاتجاه، فالتنويع في استخدام اتجاهات العلاج، إذا كان قائماً على

الافتراضات العلمية. فإنه دليل على مرونة المدرب وإحاطته الكبيرة في التعامل مع الحالة.

٤ - اتجاه نظام التغذية الراجعة (Feedback System Approach)

يقوم هذا الاتجاه على زيادة حساسية المريض للخطأ، بحيث يشعر أنه خطأ غير مقبول وكذلك زيادة قدرته على تحديد مكان الخطأ ويتحقق ذلك بالإجراءات الآتية:

أ - مواجهة المريض بأن لديه صعوبات في النطق، وبسببها تم وضع برنامج لعلاجه..

ب - قيام المعالج بتوضيح الأخطاء التي يقع فيها المريض، وعرض الطريقة الصحيحة في النطق.

ج - زيادة حساسية الطفل تجاه الخطأ وتكون باستخدام حركات أو كلمات وذلك أثناء كلام المريض فقد يضرب المعالج الطاولة بقلم عندما يخطيء الطفل في النطق ليعيد ما يقول، أو أن يقول له: أخطأت أعد ما قلت.

د - الطلب من الطفل نطق الأصوات بالطريقة الصحيحة تدريجياً، وذلك باستخدام التقليد للأصوات منفصلة، ومن ثم في كلمات وصولاً إلى الجمل والمحادثة، ولزيادة وعي وإدراك الطفل للخطأ ورفضه، يطلب إليه المعالج نطق نفس الأصوات بشكل خاطئ بعد أن يكون قد تعلمها وأدرك بأن النطق الخطأ لها غير مقبول.

٥ - الاتجاه الذي يعتمد على التمييز (Discrimination Based Approach)

ويقوم هذا الاتجاه على الافتراض الذي يقول : إن الطفل يتعلم ما يتعلق بنظام الأصوات في لغته من خلال التغذية من المستمعين والمحيطين به، والتي إما أن تفرض عليه الاستمرار في نطق الصوت كما هو، أو بإسقاطه ومحاولة تغييره. وهذا يذكرنا بالنموذج الخاص باكتساب اللّغة عند الأطفال، الذي تحدثنا عنه بإسهاب في الفصل الثالث من الباب الأول. وهو ما يدعي بالنموذج التأثيري لتعلم اللّغة (Passive Learning Model) حيث إن الطفل في اكتسابه اللّغة بشكل عام يتأثر بالمحيطين، ويقوم بتثبيت ما هو مقبول بالنسبة لهم ويسقط من ذاكرته ما هو مرفوض. وهذا يفسر كما قلنا: عدم ثبات الأخطاء التي تحدث أثناء تطور اللّغة والبناء على ما هو صحيح.

يقوم هذا الاتجاه على إجراءات للتعامل مع أخطاء النطق وهي:

أ - تحديد الأصوات التي يواجه المريض صعوبات في نطقها مع تحديد الأماكن التي تظهر فيها الصعوبات بشكل واضح.

ب - جمع أشياء مختلفة تقع هذه الأصوات من ضمن تسميتها أو وصفها.

ج - تطوير نشاطات وألعاب تستخدم فيها الأصوات المطلوبة، بحيث تشرك الطفل معك وتشعره بالمتعة.

د - نطق الأسماء من قبل المعالج أكثر من مرة، لكي يستطيع المريض

تمييز الأصوات فيها. ومن ثم الطلب إليه تسمية ما في الصور حتى لا يكون التكرار مباشراً، بحيث تكون الجلسة ذات طابع حواري أكثر منها تلقيني.

هـ - عندما يطلب المريض شيئاً من الأشياء الموجودة. فلا تعطيه إياه إلا إذا نطق الاسم بشكله الصحيح، وينصح المعالج هنا بتطوير الأنشطة تدريجياً بحيث نسير من السهل إلى الصعب وبالتالي فإن المريض يشعر بأن الخطأ غير مقبول وغير مفهوم، وعليه أن يعدّل.

ونعاود القول: إن كل اتجاه قد يتعامل مع نوع من الحالات أو الأصوات دون أخرى، فقد ننتهج اتجاهاً معيناً في العلاج من حيث الإجراءات، ونستخدم ما نراه مناسباً من منهج آخر أو أن نراوح استخدام الاتجاهات إذا دعت الضرورة إلى ذلك، وهذا ما ندعوه بالمرونة وعدم المكابرة لإثبات رأي ما أيا كان، فالمهم أن تسير خططنا العلاجية فيما يخدم تحسن المريض وليس من أجل تحقيق نصر لاتجاه دون آخر.

٦ - اتجاه الأتمتة (Automatization Approach)

ويهدف هذا الاتجاه إلى تمكين المريض من النطق بشكل تدريجي مقصود، وذلك باستخدام مقاطع غير ذات معنى، في البداية وصولاً إلى المحادثة الطبيعية. ولتحقيق هذا الهدف نتبع الاجراءات الآتية:

أ- تدريب الطفل على نطق مقاطع بدون معنى تحوي الصوت المطلوب

ونتدرج في المقاطع من البسيط إلى الأصعب من مثل كا ← كاب.

ب - زيادة عدد المقاطع وتعقيدها.

ج - استخدام كلمات بدون معنى من مثل (كاث ، فلكرث).

د - إجراء حوار باستخدام كلمات بدون معنى، بحيث نترك للطفل الفرصة في استخدام الأصوات كما يريد.

هـ - الانتقال التدريجي من الكلام الذي لا معنى له إلى كلام له معنى.

٧ - الاتجاه السلوكي (Behavioral Approach)

ويعتمد هذا الاتجاه نظرية سكنر (Skinner) في التعلم الشرطي، وذلك باقتران مثير شرطي في صحبة حدوث استجابة شرطية تثبت من خلال التعزيز الإيجابي، ويظهر هذا من خلال النموذج الآتي.

مثير غير شرطي - استجابة غير شرطية مناسبة - تعزير.

مثير شرطي - استجابة شرطية مناسبة - تعزيز - ثبات

وهذا يعني أن نطلب إلى الطفل نطق أصوات لا يواجه صعوبة في نطقها، ونعززه عند نطقها بشكل صحيح، ومن ثم ننتقل إلى الأصوات التي نرغب بتدريبه عليها وذلك باقتران التعزيز بالإجابة الصحيحة، مما يزيد من احتمالية ظهور الاستجابات المطلوبة لمثيرات أخرى.

٨ - اتجاه الوحدة المصغرة (Microunit Approach)

ويقدم هذا الاتجاه عدداً من الإجراءات:

أ - تحديد الأصوات التي يواجه الشخص صعوبات في نطقها.

ب- جمع عشر كلمات تحوي هذا الصوت على النحو الآتي:

أربع كلمات يأتي فيها الصوت المطلوب في بدايتها.

ثلاث كلمات يأتي فيها الصوت المطلوب في وسطها.

ثلاث كلمات يأتي فيها الصوت المطلوب في نهايتها.

ويتم نطق هذه الكلمات العشر تحت هذه الظروف:

١ - الإعادة والتقليد: حيث ينطق المعالج الكلمات ويقلده المريض.

٢ - الصور: تعرض الصور على المريض ويطلب إليه تسمية كل صورة.

٣ - الكتابة: تعرض الكلمات مكتوبة ويطلب إلى المريض قراءتها، هذا إذا كان يجيد القراءة.

ج - المثير المزدوج: يتم عرض خمس صور يطلب الي الطفل إكمال جملة يبادر بها المعالج مستخدماً الصورة لتساعد الطفل، ويعرض له خمس كلمات مكتوبة، ويطلب إليه إكمال جمل مستعيناً بهذه الكلمات.

د - المثير المزودج: حيث يعرض المعالج خمس صور وخمس كلمات ويطلب من المريض إنشاء جمل مستخدماً أسماء ما في الصور أو الكلمات المكتوبة فيها. ويتم ذلك بالإشارة من قبل المدرب إلى الصورة أو إلى الكلمة.

عرضنا في العجالة السابقة، بعضاً من الاتجاهات في العلاج، وقد كان هذا العرض عاماً، ولنكون أكثر دقة وتفصيلاً، سننحو منحاً جديداً في هذا العرض، حيث إن أنظمة العلاج واتجاهاته يمكن أن تقسم إلى: اتجاهات حركية وأخرى لغوية، ويرى أصحاب الاتجاهات الحركية أن عملية تصويب الأخطاء ما هي إلا عملية تعليم لسلوكات حركية جديدة، ويرون أن الأخطاء النطقية إنما تعكس عدم القدرة على أداء المهارات الحركية التي يحتاجها كل صوت، ومما سنلاحظه أنهم يعتمدون طريقة فان رايبر في علاجه وهي التدريب على مكان الصوت (Phonetic Placement) وعلى تدريب الأذن أو السمع (Ear Training). أما أصحاب الاتجاهات اللغوية فيرون أن الأخطاء النطقية ناتجة بسبب عدم تعلم المريض للقوانين الفنولوجية الخاصة بتلك الأصوات، وبالتالي فإن الأخطاء ليست جزءاً من معرفتهم اللغوية ومن هنا فهم بحاجة إلى إعادة ترميم البنية العميقة (Deep Structure) للغتهم.

الاتجاهات الحركية (Motor Approaches)

إن معظم هذه الاتجاهات ما هي إلا صور فرعية من الأساليب التقليدية

في العلاج. حيث يعتقد أصحاب هذه الاتجاهات أن الأخطاء النطقية، ذات منشأ حركي وهذا يجعل العلاج لديهم يعتمد على تدريب المريض كيفية استخدام الأعضاء النطقية بشكل صحيح ومناسب لإنتاج الصوت، فمعظم هذه الاتجاهات تهدف إلى تحديد الصوت المستهدف سواء كان واحداً أو أكثر، وتعد خطة للتعامل مع هذه الأصوات بحيث تتدرج من السهل إلى الصعب، فتبدأ بالصوت وتنتقل إلى المقطع وبعدها إلى الكلمة ثم الجملة وتنتهي بالمحادثة. ويستمر التدريب إلى أن يتم إتقان الصوت ونطقه بشكل أوتوماتيكي (آلي) وصولاً إلى تعميمه على كل البيئات الصوتية والمواقف الكلامية. وسنعرض الآن لبعض الاتجاهات الحركية:

١ - الاتجاه التقليدي (Traditional Approach)

ويقترن هذا الاتجاه باسم مشهور في عالم اضطرابات النطق وهو فان رايبر.

خطوات التدريب

أ - تحديد الأصوات الخاطئة.

ب - تأسيس النطق السليم: وذلك بتدريب المريض على حركات جديدة يستبدل بها الحركات القديمة، وكذلك إيجاد حركات جديدة لم تكن موجودة أصلاً عند المريض. ولتوضيح هذه الفكرة فإننا نعني بالحركات الجديدية التي يستبدل بها الحركات القديمة، الحركات

التي يستخدمها في حالة استبدال الصوت (Substitution) أو في حالة عدم وضوح الصوت (Distortion) أما الحركات الجديدة التي لم تكن موجودة، فيقصد بها الحركات التي يستخدمها لإيجاد صوت جديد، ويظهر هذا في حالة حذف الأصوات (Deletion) ويتم ذلك من خلال النمذجة (Modiling) والتقليد (Imitation) واستخدام الحواس، وقد سبق الحديث عن هذه الطرق.

ج - النقل والتعميم (Transfer): ونعني بها تعميم الخبرة التي تم تدريب الطفل عليها في العيادة إلى واقع الحياة ويتم ذلك بالتدريج، وذلك بتغيير المكان وزيادة عدد المشاركين في الجلسة، ومن ثم يتم متابعة الحالة خارج العيادة ويستعان في ذلك بالمهتمين بالمريض لمعرفة مدى تجاوبه واستمراره في النطق الصحيح.

د - المتابعة والمحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance)

لابد أن نضع في اعتبارنا أن السلوكات الجديدة التي تم تدريب المريض عليها معرضة للنسيان أو الضياع وهذا ما يطلق عليه الانتكاسة (Relapse) ويقترح هذا الاتجاه متابعة النتاجات خلال فترة التدريب حيث إننا نقوم بمراجعة المريض بما تم إنجازه لمعرفة مدى محافظته على هذه الخبرات الجديدة. وبعد الانتهاء من التدريب فيجب أن يوضع برنامج للمحافظة على هذه النتاجات وذلك بأن يتم تحديد جلسة كل أسبوعين في البداية للتأكيد على

المحافظة على نتاجات العلاج، ومن ثم نطيل الوقت بين الجلسة والأخرى إلى أن يتم إنهاء هذه الجلسات.

٢ - **الاتجاه متعدد الأصوات** (Multiple Phoneme Approach)

يستطيع المعالج في هذا الاتجاه تدريب المريض على صوتين أو أكثر في آن واحد ويستخدم هذا الاتجاه الطرق التقليدية في العلاج، كما ويستخدم بعض المبادئ النفسية.

مراحل العلاج:

أ - **التأسيس**: ولتأسيس الإنتاج الصحيح في هذه المرحلة، فعلى المعالج القيام بـ:

١ - التنويع في استخدام المثيرات، بحيث يستخدم المعالج المثيرات الحسية والسمعية والبصرية وأكبر قدر ممكن من المدخلات. ويعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن الصوت يتم تأسيسه عند المريض عند تحقيق المريض أربع استجابات صحيحة من ٥ محاولات، وبعد الحصول على هذه النسبة يتم الانتقال إلى الدرجة الثانية.

٢ - تعليق الصوت: فلو كان لدينا حالة تعاني من صعوبات في نطق /S/ ، /Z/ ، /r/ ، /t/ ، /f/ ، /d/ ، /L/ . في الكلام المتصل (المحادثة) ولكنه يستطيع إنتاج هذه الأصوات منفردة، فهنا يستطيع المعالج اختيار /S/ ، /Z/ ، /r/ لتعميمها على مستوى

الكلمة واختيار / t / ، / f / ، لتعميمها على مستوى المقطع ويتم ذلك في جلسة واحدة وقد لا يتبقى المزيد من الوقت لإنجاز عملية النقل للصوتين / r / ، / L / فيلجأ المعالج إلى تحفيز المريض لإنتاجها ولو لمرة واحدة منفردة، لكي يتم إكمال تحقيق الهدف في جلسة تالية وهذا ما يطلق عليه تعليق الصوت.

ب - **النقل والتعميم**: وذلك بنقل الخبرة الجديدة في الإنتاج الصحيح للصوت من الوحدات الصغيرة إلى ما هو أكبر، وصولاً إلى الكلام الطبيعي. ويتبع هذا الاتجاه خمس درجات لتحقيق عملية النقل وهي:

١ - تحديد مستوى البدء بمجس التقليد. ويتم ذلك لتحديد مستوى البدء، فهل نبدأ من مستوى المقطع، أم الكلمة، أم الجملة؟ ولتحديد المستوى يقدم للمريض عشر كلمات حتى يقلد فيها المدرب، فإذا كانت لديه ستة أخطاء فيكون مستوى البدء هو المقطع، أما إذا كانت أخطاؤه أقل من ستة فيكون مستوى البدء هو الكلمة أما إذا كانت أخطاؤه أكثر من ستة فيكون مستوى البدء هو من الصوت المنفرد.

٢ - على المعالج أن يدرب المريض على نطق الصوت في المواقع الثلاثة، البداية والمتصف والنهاية، فإذا كان أداء الطفل يقارب ٩٠٪ في جلسة واحدة أو ٨٠٪ في جلستين يتم الانتقال إلى الخطوة التالية.

٣ - مستوى التراكيب والجمل، فعلى المريض أن يتقن إنتاج الأصوات في الكلمات والتراكيب والجمل، وليمر المريض من هذه الدرجة تحتسب له نفس نسبة الدرجة السابقة.

٤ - القراءة وإعادة سرد القصص. نخضع الطفل للقراءة إذا كان ممن يتقنون القراءة فإذا استطاع قراءة أكثر من جملة بشكل صحيح يتم الانتقال إلى سرد القصص وذلك باستخدام مثيرات مختلفة.

٥ - المحادثة: وذلك بأن يصبح بمقدور المريض إنتاج الأصوات بدقة في المحادثة الطبيعية بشكل عفوي دون تكلف ويجب أن تكون دقة النطق عنده لا تقل عن ٩٠٪ في جلسة واحدة أو ٨٠٪ في جلستين.

ج - المحافظة على نتاجات التدريب (Maintenance)

يقترح أصحاب هذا الاتجاه أن تبدأ عملية المحافظة والمتابعة لما تم الانتهاء منه من إتقان الأصوات أثناء نفس الجلسات ويتبعون في ذلك طرقاً دقيقة وذلك باستخدام جداول تبين عدد مرات النطق الصحيح والنطق الخطأ.

وهكذا نرى أن هذا الاتجاه محكم البناء في ترتيب درجات ومراحل التدريب، وكذلك في جمع المادة الخام، ويترك الفرصة أمام المعالج ليبتدع ما يراه مناسباً أثناء العلاج.

الاتجاهات الإدراكية اللغوية (Cognitive Linguistic Approaches)

تهدف هذه الاتجاهات بشكل أساسي إلى تأسيس القوانين الفنولوجية لدى المريض في ذاكرته اللغوية، وسنلاحظ خلال العرض، أن التركيز سيكون واضحاً على تدريب المريض على العلاقات بين الأصوات أو تعليمها كمجموعات، مستفيدين من الصفات المميزة لكل صوت وما يجمعها مع الأصوات الأخرى (Distinctive Features) وهناك ميزتان لهذه الاتجاهات:

أ - اختيار الأصوات المستهدفة للعلاج ويطلق عليها النماذج (Exemplars) حيث تقسم هذه الأصوات إلي مجموعات حسب صفاتها، من مثل أن يكون لدينا أصوات احتكاكية وأخرى وقفية، أو أصوات أمامية وأخري خلفية. وتكون المشكلة لدى المريض على سبيل المثال في إدراك الاحتكاك (Friction) وحتى يسهل نقل الفكرة إلى المريض يقترح هذا الاتجاه اختيار الصوت الأسهل لديه من هذه المجموعة مما ييسر نقل الصفة له عن طريق هذا الصوت.

ب - الاجراءات التعليمية: وترتكز هذه الاتجاهات على استخدام ما يسمى بالأزواج الصغيرة (Minimal Pairs) وهي عبارة عن أزواج من الكلمات تتشابه في جميع أصواتها وتختلف بصوت واحد من مثل (سار طار ، سيل فيل) وتستخدم هذه الأزواج لإظهار الصفات المميزة لصوت ما وأثر تغييره أو استبداله. وتركز هذه الاتجاهات

على إجرائين هما :

١ - تأسيس القدرة التي تمكن الطفل من التمييز بين الأصوات، وهذا يعني إدراك الصفات المميزة للأصوات (Distinctive Features) وبالتالي فيهدف هذا الاتجاه إلى زرع هذه الصفات في مخزون الطفل أو في بنيته العميقة.

٢ - إنهاء أو تقليل اعتماد الطفل على العمليات الفنولوجية (Phonological Processes) التي يلجأ إليها الطفل كطريقة للتيسير على نفسه في نطق صوت ما.

❁ العلاج باستخدام الصفات المميزة

(Distinctive Features Therapy)

يلجأ هذا الاتجاه إلى تأسيس صفات مميزة غير موجودة أو ضعيفة لدى الطفل ويتم ذلك من خلال اختيار صوت يمثل المجموعة يراد تدريب الطفل عليها من مثل إذا أردنا تدريب الطفل على إدراك صفة الأنفية (Nasal)، ونختار صوتاً يمثل هذه المجموعة حيث يكون الأسهل بالنسبة له، ونعلمه الصفة الخاصة بهذه المجموعة من خلال هذا الصوت، ونستخدم المبالغة (Exaggeration) في إظهار الصفة في البداية، ونستمر في ذلك إلى أن يتم تعميم الصفة على باقي أصوات المجموعة، ومن ثم نبدأ بالتخفيف من المبالغة في الصفة ، لئلا تصبح سلوكاً ملازماً للأصوات وبالتالي ظهور مشكلة جديدة من نوع آخر.

استراتيجيات العلاج

أ - اختيار مجموعة الأصوات التي ينتمي إليها الصوت المستهدف في العلاج، وهذا يعني أننا نهتم بالصفة التي تجمع مجموعة من الأصوات أكثر من اهتمامنا بالصوت نفسه.

ب - التعميم: ويقصد به نقل الصفة التي تم تعلّمها من خلال النموذج (Exemplar) إلى باقي أصوات المجموعة.

ج - تثبيت القدرة على التمييز كقاعدة لتصويب الأخطاء.

د - الاستفادة عند الضرورة من الطرق الحركية في العلاج، حيث يستعان بها في تدريب الطفل على نطق الصوت النموذج إلى جانب إكسابه القدرة على إدراك الصفة المميزة التي نريد تدريبه عليها.

١ - اتجاه وينر وبانكسون (Winer and Bankson's Approach)

يرتكز أصحاب هذا الاتجاه على التعامل مع صفة الاحتكاك، حيث إنهم يتعاملون مع أطفال يستبدلون الأصوات الاحتكاكية بأصوات وقفية مما حدا بهم إلى تعليم صفة الاحتكاك في صوت استخدمت فيه هذه الصفة بشكل خاطئ بدون التركيز على النطق الصحيح للصوت. فالمهم هو إدراك الصفة.

سير العلاج:

أ - توضيح مفهوم الصوت الوقفي والصوت الاحتكاكي، وذلك باستخدام الحواس الممكنة من مثل النظر، كأن يرى الطفل أثر التيار الهوائي الناتج عن نطق كل صوت على ورقة خفيفة توضع أمام الفم. حيث يلاحظ الحركة المفاجئة عند نطق الصوت الوقفي ويلاحظ الحركة المستمرة للورقة عند نطق الصوت الاحتكاكي.

ب - تحديد كلمات تبدأ بأصوات وقفية وأخرى بأصوات احتكاكية، وتجهيز صور تبدأ أسماؤها بالأصوات المطلوبة لاستخدامها في التدريب ويجب على المعالج العمل على زيادة قدرة الطفل على التفريق سماعياً بين المجموعتين.

ج - التقليد: حيث ينطق المعالج الصوت الاحتكاكي مع مبالغة في صفة الاحتكاك ويطلب إلى الطفل التقليد، ويجب تشجيعه عند النطق الصحيح.

د - إعادة البند السابق (ج) ولكن بدون مبالغة.

هـ - التثبيت: ويتم من خلال عرض مجموعة كبيرة من الصور تشتمل أسماؤها على صوت احتكاكي ليقوم الطفل بتسميتها.

٢ - اتجاه بلاشي (Blache's Approach)

خطوات العلاج:

أ - نقاش الكلمات: وفي هذه الخطوة نعمل على التأكد من مدى إدراك المريض لمميزات الأصوات من خلال عرض أزواج صغيرة من الكلمات (Minimal Pairs) ونستعين في ذلك باستخدام الصور، فنسأله عن كل صورة لنرى مدى معرفته بوظيفة كل صوت من مثل عرض صورة الطين وصورة التين.

ب - اختبار قدرة التمييز السماعي: حيث نختبر المريض لمعرفة مدى قدرته على التمييز للأصوات السمعية، ويتم ذلك من خلال طرح مجموعة من أزواج الكلمات ونطلب من المريض أن يشير إلى الصورة التي يسمع اسمها.

ج - التدريب النطقي: بعد التأكد من قدرة الطفل على التمييز نطلب إليه أن يلعب دور المعالج وذلك بتسمية ما يرى في الصورة ويقوم المعالج بالإشارة إلى الصورة التي ذكر اسمها، وإذا دعت الضرورة فيمكن تقديم نموذج له ليقوم بالتقليد.

د - المحافظة والانتقال: وذلك بتوسيع مجال النطق تدريجياً من كلمة إلى تركيب إلى جملة وصولاً إلى المحادثة.

٣ - اتجاه العلاج بالقدرة على التفريق والتمييز

(Contrast Therapy Approach)

ويعتمد هذا الاتجاه على الأزواج الصغيرة (Minimal Pairs) حيث يركز

على تعليم المريض إدراك حقيقة تأثير وجود الصوت أو تغييره على المعنى مما يجعل هذا الاتجاه صالحاً لعلاج مشكلات الحذف والاستبدال للأصوات. ويتم ذلك من خلال رفع قدرة المريض على إدراك أثر الأصوات على المعاني.

أ - اختبار الصوت المراد تدريب الطفل عليه اعتماداً على أخطاء المريض، حيث نبدأ بتحضير صور تشتمل أسماؤها على الصوت الصحيح وما يقابله من نطق المريض لمعرفة مدى تمييزه لهذا الصوت.

ب - الطلب إلى المريض تسمية ما يرى من صور لمعرفة مدى قدرته على النطق السليم.

ج - الطلب من المريض تقليد المعالج في النطق.

د - بعد إتقان الطفل نطق الصوت. نبدأ بالتوسع كأن نطلب منه إحضار كأس، ونطلب إليه أن يقول: أنا وجدت الكأس بعد ذلك نطلب إليه أن يقول أنا وجدت ا لكاسة والساعة، وكما نلاحظ فإن التركيب (أنا وجدت) مكرر وذلك لتطويل الجملة عند الطفل ويسمى التركيب المكرر بالتركيب الحامل (Carrier Phrase).

٤ - الاتجاه الدائري (Cycle Approach)

ويقوم هذا الاتجاه على تعليم أنماط (Patterns) من الأصوات في أزمنة متلاحقة حيث يتم اختبار مجموعة من الأصوات للتدريب من مثل

الأصوات الاحتكاكية، ومن ثم يتم الانتقال إلى مجموعة أخرى. ويتم تحديد فترة من الزمن لكل مجموعة، وتتراوح هذه الفترة من ٥ - ٦ أسابيع ويتم الخروج من كل دائرة بعد الانتهاء من جميع أصواتها.

خطوات العلاج:

أ - الاستثارة السمعيّة المكثفة، وخاصة في بداية كل جلسة علاجية ونهايتها وتستخدم استراتيجية القصف السمعي (Auditory bom-bardment) وذلك بتعريض المريض لسماع الصوت المستهدف لأطول فترة ممكنة، وفي هذه الخطوة يتم اختيار اثني عشرة (١٢) كلمة تشتمل على الصوت المستهدف.

ب - استخدام البطاقات والوسائل المساعدة: وتستخدم هذه الوسائل بطرق مختلفة فقد نطلب إلى المريض الإشارة إلى الصورة المطلوبة، أو أن يحضرها، أو أن يرسمها والهدف من التنويع هو استخدام أكثر من حاسة لتعميق مفهوم الصوت لديه.

ج - تدريب الطفل على إنتاج الصوت من خلال الألعاب المدروسة والمعدة مسبقاً لاستثارة الصوت المطلوب.

د - تحديد الصوت التالي، حيث يتم اختيار الصوت الأسهل للمريض من خلال الطلب إليه تقليد المعالج وبالتالي تحديد الصوت الأسهل ليتم الانتقال إليه في المرحلة اللاحقة. وقبل البدء بالصوت الجديد فعلى المعالج تثبيت نتاجات العلاج لربط الأجزاء بعضها ببعض،

وذلك لإشعار المريض بمدى ترابط الكلام، وأنه ليس مقسماً إلى وحدات منفصلة، وبعد اختيار الصوت الجديد تستخدم معه نفس الخطوات السابقة.

هـ - البرنامج البيتي، وذلك بإعادة البرنامج العلاجي في البيت من قبل الوالدين وذلك لتسهيل عملية التعميم للخبرة التي تم اكتسابها في العيادة.

٥ - الاتجاه ذو القاعدة اللغوية (Language Based Approach)

وينصح باستخدام هذه الاتجاه مع الأشخاص الذي يعانون من مشكلات فنولوجية مع وجود مشكلات لغوية مصاحبة، وكذلك مع الأطفال الذين يوصف كلامهم بعدم الوضوح، ويطلب من المعالج في هذا الاتجاه التفاعل مع الطفل باستخدام مايلي:

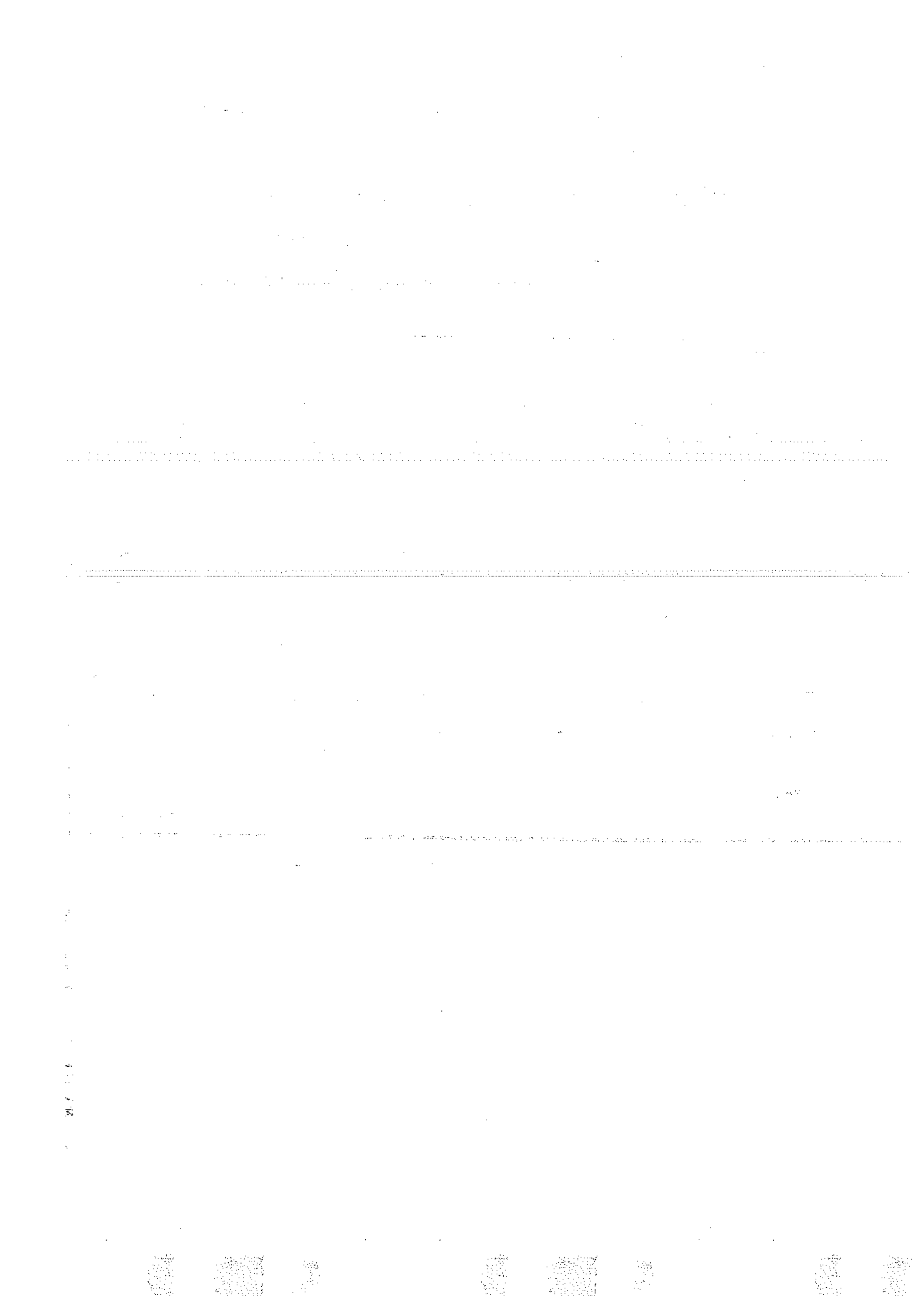
أ - التوضيح : وذلك بإعادة الكلام الذي يخطيء فيه الطفل بلغة واضحة وسهلة.

ب - إضافة الأحداث: حيث يطلب من المريض إعادة قصة يقولها المعالج، ويبدأ المعالج بأحداث قليلة ويزيدها تدريجياً.

ج - زيادة التعقيد ويتم ذلك بإضافة أحداث وأسئلة عن هذه الأحداث ، بحيث نترك الفرصة أمام المريض لإعادة القصة بأسلوبه الخاص، فيستخدم الكلمات التي يحبها، ولكن بتوجيه من المعالج.

كما نلاحظ فإن هذا الاتجاه يعزز دور الطفل في العلاج، ويركز على

إقامة علاقة طيبة بين المعالج والمريض، بحيث يصبح الكلام خبرة محببة للطفل، وليست منفرة له. مما يزيد من دافعيته لتخطي المشكلات النطقية وما يصاحبها من مشكلات.

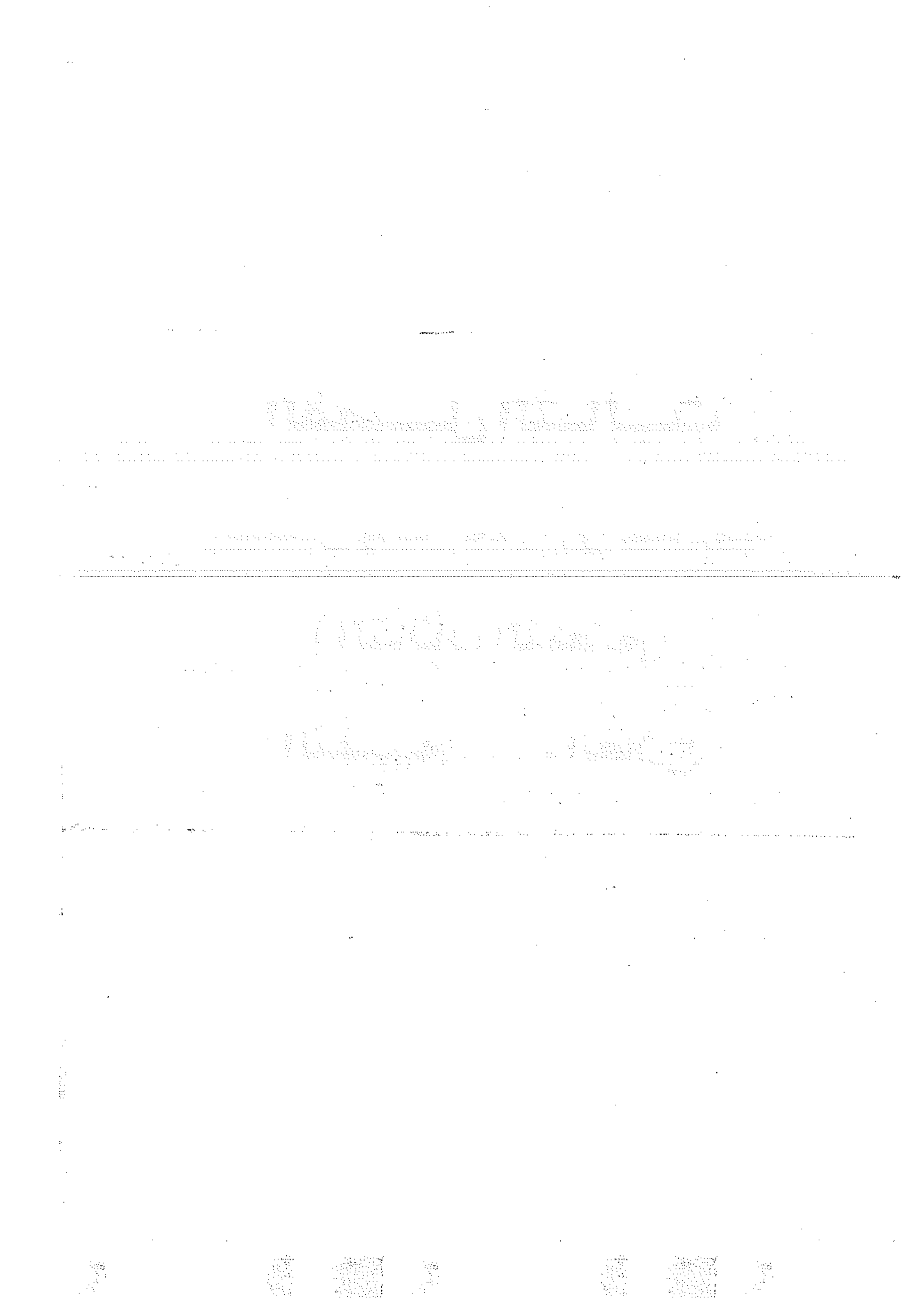


الفصل الثالث

اضطرابات الكلام والطلاقة

(التأتأة، التلعثم)

التقييم . . . العلاج



اضطرابات الكلام والطلاقه (التأتأة، التلعثم)

التأتأه (التلعثم) (Stuttering)

التعلثم أو التأتأة كما يتداولها الناس، اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج، حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetitions) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو تطويلات في صوت أو مقطع، وتظهر التطويلات على شكل مدٍّ للصوت أو المقطع. ومن أشكال هذا الاضطراب التوفقات أو الإنحباسات أثناء الكلام (Blocks).

وللولوج في هذا الاضطراب، علينا مناقشته من خلال تعريف شامل ومحدد حتى نصل إلى عناصره ونتناولها عنصراً عنصراً.

اختلفت الآراء في إعطاء تعريف واحد، ولب هذا الاختلاف كان في إرجاع هذا الاضطراب إلى مسبب موحد، ولكن نستطيع القول: إن هذا الاضطراب يصيب شكل انسياب الكلام وهو ما يعرف بالطلاقة (Fluency)، وبالتالي فإن التأتأة هي انحراف يصيب الطلاقة. وحتى تفهم جوانب هذا الإنحراف علينا أن نتعرف إلى مفهوم الطلاقة، وهي الحالة الطبيعية لكلام الإنسان.

الطلاقة (Fluency): اندفاع الكلام بدون جهد يذكر، فيظهر الكلام كسلوك بالنسبة للمتكلم لا يدعو إلى الخوف أو الإعداد المسبق الدائم. كما أن الكلام يظهر كالسيل دون ظهور عوائق أو حواجز.

عند وجود عائق أو حاجز يمنع أو يؤخر سيل الكلام، فإن هذا يدعونا إلى توقع وجود اضطراب في الكلام، وقد يكون هذا الاضطراب هو التلعثم فما هو التلعثم؟

من خلال ما سبق، فإن التلعثم هو اضطراب في تدفق الكلام، ويظهر على شكل سلوكات تمثل هذا الاضطراب مما يدعونا إلى إطلاق اسم عليها وهو السلوكات الرئيسة (Core behaviors) وهي سلوكات تظهر لدى المصاب بشكل غير إرادي (Involuntary) وهذه السلوكات هي:

١ - **التكرار** (repetition): حيث يكرر المتأتيء صوتاً أو عدداً من الأصوات أو مقطعاً أو عدداً من المقاطع.

٢ - **التطويل** (Prolongation): حيث يمد المتأتيء أو يطوّل صوتاً أو عدداً من الأصوات خلال كلامه.

٣ - **الانسداد** (Blocks): حيث يتوقف المتأتيء عن الكلام إمّا في بدايته أو وسطه.

وتتراوح السلوكات السابقة في التعمق حسب وضع الحالة. وينتج عن هذه السلوكات سلوكاتُ أخرى، يستخدمها المتأتئ كوسيلة للتخلص من موقف التلعثم حيث تظهر على أنها سلوكات أرادية (Voluntary) وبما أنها ناتجة عن السلوكات الرئيسية فإننا نطلق عليها سلوكات ثانوية (Secondary behaviors).

أشكال السلوكات الثانوية:

١ - **الهروب** (Escape behaviors): حيث يستخدمها المتأتىء في موقف التأتأة وذلك كوسيلة للخروج من هذا الموقف وهناك سلوكات كثيرة تندرج تحت هذا الشكل من مثل: رمشات العين المتتابعة، حركات غير اعتيادية للرأس، إدخالات لأصوات زائدة في درج الكلام.

٢ - **التجنب** (Avoidance behaviors): ويستخدم المتأتىء هذه السلوكات عندما يتوقع التأتأة كتصرف احترازي، حيث يعتقد أن هذه السلوكات ستجنبه الوقوع في التأتأة ومن هذه السلوكات: تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتىء أنها سبب في التأتأة، ومن أشكاله أيضاً ظهور لحظات صمت كمحاولة لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث.

عندما يشعر الشخص أن هذه السلوكات قد أخذت حيزاً واضحاً في كلامه فإن شعوراً بالخوف والإحباط والارتباك والخجل يبدأ بالتولد لديه وينمو هذا الشعور مع مرور الزمن وتعمق الاضطراب مما يؤدي إلى تكوين مواقف منحرفة أو غير طبيعية يبنيها المتأتىء حول نفسه وحول توقعات السامعين له. فيصبح الكلام خبرة مؤلمة له، مما قد يكون له أثر بالغ على جوانب حياته المختلفة.

ما زلنا نتحدث عن التأتأة بشكل عام، ولم يعطنا التعريف السّابق إجابات عن كثير من الأسئلة من مثل: ما هي طبيعة هذا الاضطراب؟ وما

هو سببه؟ وكيف يظهر شكل التخاطب لدى المتلعثمين؟ وما البديل الذي يشكله المتلعثم للكلام الطبيعي؟ وللإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها، فسنعرض لهذا الاضطراب بشكل أكثر تحديداً.

❊ **تعريف:**

التلعثم هو سلوك تطوري، يبدأ ظهوره في مرحلة الطفولة، ويتبع مساراً تطورياً يمكن التنبؤ به، حيث يأخذ شكل مراحل تبدأ بالبسيطة في بداية ظهور المشكلة وتتطور لتنتهي بمرحلة متقدمة أكثر تعقيداً. وعادة ما يبدأ ظهور هذا الاضطراب ما بين ٥, ٢ - ٤ سنوات وعلى الأكثر ٦ سنوات. وأمّا سببه، فما زالت الدراسات تحاول تحديد سبب له، على الرغم أنها لم تهتد بعد إلى سبب محدد لهذا الاضطراب.

ونتيجة لإصابة الشخص بهذا الاضطراب، فإن المتأتيء يكوّن نظاماً سلوكياً تخاطبياً خاصاً به، وفي هذا النظام أجزاء مكشوفه وظاهرة وهي السلوكات التي عرضنا لها ومنها أجزاء غير ظاهرة وهي مشاعر المتأتيء والمواقف التي يكونها تجاه نفسه كنتيجة لإصابته بهذا الاضطراب.

دراسات كثيرة حاولت إرجاع هذا الاضطراب إلى سبب محدد، وقد توصلت هذه الدراسات إلى بعض العناصر التي قد يكون لها دور في وجود هذا الاضطراب.

دور الوراثة: يعتقد كثير من الباحثين أن التأتأة تتناقل بين الأجيال جينياً،

حيث إنه في العقدين الأخيرين توجهت الآراء نحو دور الوراثة في نقل هذه الاضطراب، علماً أنه لم يتجاهل دور البيئة في تطوير هذا الاضطراب لدى الحالات (Kidd 84).

ولإظهار دور الواراثة، تم دراسة الحالات من خلال جانبين:

١ - دراسات العائلة.

٢ - دراسات التوائم.

١ - **دراسات العائلة:** وجدت الدراسات أنه عند فحص عائلة يشكو أفرادها من التأتأة، تتبين مجموعة من الحقائق هي:

أ - أن لدى المتأتيءء عدداً كبيراً من الأقرباء المصابين بنفس الاضطراب.

ب - بينت الدراسات أن الذكور لديهم استعداد أكبر للإصابة بالتأتأة من الإناث، وقد وجد أن المصابات بالتأتأة من الإناث لديهن عدد أكبر من الأقرباء المصابين بهذا الاضطراب مقارنة مع الذكور.

٢ - **دراسات التوائم:** وجدت الدراسات أن حدوث التأتأة في التوائم المتطابقة أكثر من حدوثها لدى التوائم غير المتطابقة. ولكن وجدت حالات من التأتأة لأحد التوائم دون الآخر مما يدعونا إلى أن نقول:

إن الوراثة ليست العامل الوحيد، ونستطيع القول: إن الوراثة قد توجد الاستعداد للتأتأة ولكن يبقى دور البيئة التي إما إن تطور هذا الاضطراب أو تخفيه أو تؤجل حدوثه.

ونظراً لصعوبة التعامل مع العوامل التي قد تسبب التأتأة، فقد لجأ الكثيرون إلى البحث عن فروق بين المتأتئين وغير المتأتئين، حيث إن هذه الفروق قد تكون سبباً للتأتأة وقد تكون نتيجة لها.

أ - **الذكاء (Intelligence)**: دلت الدراسات (Johnson et a, 42 Dar-leyss , Berry : 37) على أنّ ذكاء المتأتئ اللفظي وغير اللفظي يكون بشكل عام أقل من ذكاء غير المتأتيء.

ب - **الأداء المدرسي (School Performance)**: وجدت الدراسات أن معدل الأداء المدرسي لدى الأطفال المتأتئين أقل من المعدل الطبيعي، حيث إنهم يواجهون صعوبات في القدرة على التحدث بشكل واضح وبسيط، وأن أداءهم في المهارات اللغوية منخفض.

ج - **تطور النطق واللغة (Speech and Lang. Deve.)**: أظهرت الدراسات أن تطور النطق واللّغة يتأخر عند الأطفال المتأتئين، حيث إن خبرة الكلام تكون خبرة غير محببة لديهم.

د - **التنسيق الحسي - الحركي(Sensory-Motor Coordination)**: أظهرت الدراسات أن هناك فروقاً بين المتأتئين وغيرهم، حيث إن أداء

المصابين بالتأتأة في فحوص السمع المركزيه (Central Auditory Tests) يكون ضعيفاً، وربما يعود هذا الضعف إلى اضطراب في توقيت الإشارات الورادة وكيفية التعامل معها.

ويربط بعض الباحثين التوقيت السيء للمعلومات الواردة والصادرة عن الدماغ بجزء الدماغ المسؤول عن الكلام، حيث يستخدم معظم المتحدثين جزئي الدماغ معاً لإنجاز مهمة الكلام، ولكن كما سبق وأسلفنا فإن الجزء الأيسر هو الجزء المسيطر على الأغلب (Hemespherical domenance) وربما كان المصابون بالتأتأة غير قادرين على استخدام الجزء الأيسر من أدمغتهم بفاعلية كما يفعل غير المصابين، أو ربما كانوا يستخدمون الجزء الأقل فاعلية في توقيت الكلام. حيث تظهر نتائج فحوصات وقت الاستجابة، أن وقت استجابة المصابين بالتأتأة أبطأ من غيرهم، وعلى أي حال فإن بطء وقت الاستجابة لا يسبب التأتأة بالضرورة، وقد لوحظ أنه عندما يتحدث المتأتئون بطلاقه، فإنهم بشكل عام يظهرون مدة أطول في الصوت المجهور (Voiced Sound) ومرحلة انتقال بطيئة نسبياً من المهموس (Voiceless) إلى المجهور، وتأخر في بدء اهتزاز الأوتار الصوتية بعد المهموسات كما وجد أن المتأتئين يحركون أعضاء الجهاز الصوتي بسرعة أقل من غير المصابين حتى عند الحديث بطلاقه، حيث يعتقد الباحثون أن الحركات البطيئة تنتج عن التوتر الزائد في كل عضلات النطق مما يؤدي إلى بطئها.

أ - التأتأة كاضطراب في التمركز الدماغي (Cerebral Localization):

يرى بعض الباحثين أن المصابين بالتأتأة يكون النصف الأيمن من الدماغ هو المسيطر لديهم، حيث افترض بعضهم أنه من الممكن أن بعض المتأتئين كانوا من مستخدمي اليد اليسرى (Left Handed) وقد أجبروا من قبل الوالدين إلى استخدام اليد اليمنى، مما أدى إلى وجود صراع بين جزئي الدماغ. ولكن تم إهمال هذه النظرية، لأن معظم المصابين لم يظهروا أية إشارات إلى أنهم كانوا من مستخدمي اليد اليسرى. وقد اقترح آخرون ما مفاده أن وجود تأخر في تطور النصف الأيسر من الدماغ، خاصّة بين الذكور قد يؤدي إلى تأخر في تطور النطق واللّغة، وإذا اضطر الطفل إلى استخدام النطق واللّغة قبل اكتمال تطور الجزء المسؤول في الدماغ فسوف يظهر فاعلية أقل من حيث الأداء مما قد يكون سبباً في التأتأة.

ب - التأتأة كاضطراب في التوقيت

(Stuttering as a disorder of timing)

خلص بعض الباحثين إلى نتيجة مفادها أن الحقائق المعروفة عن التأتأة تشير إلى أنها اضطراب في التوقيت، حيث أن التمركز غير الملائم للنطق واللّغة في الدماغ قد يتسبب في عدم القدرة على تكوين أنماط توقيت مناسبة تساعد على استقبال وإنتاج الكلام بفاعليّة، ذلك أن النصف الأيسر غير متطور بقدر تطور النصف الأيمن. وقد تلعب المشاعر والانفعالات دوراً كبيراً هنا حيث أن النصف الأيمن يسيطر عليها مما يؤدي إلى نشوء صراع.

جـ - التأتأة كانخفاض في القدرة على تشكيل النماذج داخلياً:

كماسبق وأسلفنا، فإن الطفل يبني مخزوناً من النماذج الكلامية من خلال ما يسمع ويرى قبل أن يبدأ ا لكلام، وعندما يبدأ بالكلام يستخدم هذه النماذج المعدّة مسبقاً. فنحن نخطط الجملة، ثم نجهز النموذج الحسي - الحركي ثم ننتج مجموعة من الأوامر الحركية العامّة استناداً إلى الأهداف التي تم تخزينها. وتشير الدراسات إلى أن المصابين بالتأتأة قد يظهرون بعض الضعف في تعلم العلاقات بين الأصوات التي يريدون انتاجها والحركات المطلوبة لإنتاجها، فهم يعانون من صعوبة تحويل الحس إلى حركة والعكس.

التأثيرات البيئية والتطورية على التأتأة

(Developmental and Environmental Influences on Stuttering)

تساعد الكثير من العوامل في الطفل وبيئته على خلق البيئة المناسبة لبدء التأتأة وازديادها سوءاً مع مرور الزمن، وقد تكون بعض هذه العوامل جزءاً من التطور الطبيعي للطفل، وقد تكون العوامل الأخرى جزءاً من البيئة الطبيعية. وتتفاعل هذه العوامل مع العوامل البنائية التي تجعل الطفل أكثر استعداداً للتأتأة.

أ - العوامل التطورية (Developmental Factors):

إن على الدماغ أن ينجز الكثير من الوظائف في آن واحد، وكلما كثرت

الأعمال التي يقوم بها، كلما كان قيامه بها أبطأ وكلما ازداد الاختلاف بين هذه المتطلبات كلما واجه الدماغ صعوبة في التعامل معها.

أ – التطور الجسدي (Physical Development):

إن السنوات الست الأولى في عمر الطفل هي فترة نمو عامّة للطفل، ولا شك أن الجهاز العصبي ينمو بسرعة حتى يستطيع تغطية كافة المتطلبات الخاصة بالتطور. وهنا يظهر تنافس شديد بين جوانب التطور، مما قد يؤثر على مهارة الكلام، فهي مهارة حركية تتطلب تطوراً حركياً دقيقاً، وإذا تأخر تطور المهارات الحركية الدقيقة للكلام، وكانت هناك حاجة ملحة للتخاطب، فإن احتمالية عدم الطلاقة واردة.

ب – التطور الإدراكي (Cognitive Development)

للإدراك جوانب متعددة منها: عمليات الإدراك الحسي، والتعليل العقلاني والتخيل، وحل المشكلات. حيث تتنافس هذه الجوانب أثناء تطورها مع الكلام واللّغة على نفس الموارد العصبية مما يسبب ضعفاً في أحد الجانبين وهذا يعني أنه إذا تم إشغال الطفل بسمتوى إدراكي أعلى من المستوى المناسب لعمره فقد يؤثر ذلك على المهارات الكلامية لديه.

على الرغم من صعوبة الفصل بين اللّغة والإدراك ومعرفة أثر أحدهما

على الآخر مـهمة صـعبة، إلا أننا من خلال بـعض الشواهد نلاحظ أثر جانب في الآخر، فإننا نلاحظ أن المتخلفين عقلياً (Mentally retarded) يعانون بشكل واضح من الـتأتأة. علماً أنه قد يـرجع سبب تأتأتهم إلى تأخر في تعلم أو اكتساب اللّغة والكلام.

ج – التطور الاجتماعي والوجداني

(Social and Emotional Development)

في سنوات الطفـولة الأولـى، لا يكون هناك فـاصل واضح بين جـزء الدماغ المسـؤول عن الوظائف الوجدانيـة وجزء الدمـاغ المسؤول عن الكلام واللّغة، مما يؤدي إلى تأثر كلام الطفل في حالة الضغط النفسي والعواطف الجيّاشة، تكون هذه الحقيقة أكثر وضوحاً إذا لـم يكن تمركز الوظائف الدماغية قد اكتمل بعد، حيث تكون بعض فترات العواطف الجياشة فترات حرجة خاصة في مرحلة تطور الاعتماد على الذات في السنة الثانية من العمر، والتنافس مع بقـية أفراد الأسرة في السنة الثالثة والرابعة والخـامسة، والبـدء بالذهاب إلى المدرسة في السنة السـادسة من العمر.

على أي حـال لم تظهر الدراسـات بعد أن البـالغين من المصابين بالتـأتأة مـختلفـون عن غيـرهم فـيمـا يتعلق بتطـورهم الوجداني أو قـدرتهم على التكيف. ولكن هذا لا يمـنع القول: إن التـوتر الوجـداني قـد يؤثر على من لديهم استعداد مسبق للتأتأة.

د - تطور النطق واللّغة (Speech and lang. Development)

كمـا وسبق أن قلنا: إن هذا الاضطـراب يصيب الأشخـاص في سني عمرهم الأولى حيث يكون تطور النطق واللّغة في أكثر حالاته سرعة في التطور، لذا فإن المطلوب من الطفل الشيء الكثير في هذه الفترة. فعليـه أن يتعـلم السيطرة على آليـة النطق المتزايدة الاتسـاع باضطراد، وعليـه أن يعـدل سرعـة كـلامه ليـقـتـرب من معـدل كـلام الوالدين والأقران الذين يريد التخاطب معـهم. ومن الطبيعي أن تنمو المفردات لدى الطفل بسرعة، وبالتـالي يتطور التعقيـد اللغوي باضطراد لإنشاء علاقات بـين مكونات هذا المخزون الكبير، وإذا مـا حاول هذا الطفل أن يتحـدث بسرعة أكبـر، فإن كلامه قـد يتقطع بطريقة مـا، وقد يؤثر ذلك بصورة أو بأخرى على الطلاقة.

٣ - العوامل البيئية (Environmental Factors)

عند الحديث عن العوامل البـيئية، فنحن نتحدث عن العـوامل الخارجية. وبيئة الطفل هي ما يحيط به، كأفراد الأسـرة، والبيئة الكلاميّة التي تحيط به، حيث تشكل هذه العـوامل بمجملها عـامل ضغط على الطفل، فـقد يضطر الطفل إلى التـكلم بما يفـوق قـدراته، لكي ينال رضـا الذي يتـوقـعـون منه مستوى مـعيناً من التحسن حتى يتنافس مع أقرانه ويتعـامل مع المستجدات في حياته.

أ - الوالدان (Parents)

تقول بعض النظريات: إن الوالدين يجرّان ابنهما إلى التأتأة حيث إنهما قد يفسران عدم الطلاقة الطبيعي لدى ابنهما بالتأتأة، وإذا ما كانت توقعاتهما عالية ومارسا ضغوطاً على الطفل، فإنهما قد يدفعان به إلى الصراع والهروب وبالتالي تصبح خبرة الكلام خبرة مخيفة أو غير محببة مما قد يؤدي إلى نشوء التأتأة كاضطراب في كلامه. وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن والدي المتأتئين أكثر سعياً وراء التنافس والكمال من والدي غير المتأتئين، بحيث يمارسون ضغوطاً مستمرة على الطفل، وبالتالي فقد تشكل البيئة البيتية الممثلة بالوالدين أو المهتمين بالطفل سبباً في وجود التأتأة أو تعميقها إن كان لدى الطفل استعداد لها.

ب - البيئة الكلاميّة واللغويّة

(Speech and Language Environment)

تحدث التأتأة عندما يستخدم الأطفال أنماطاً كلامية ولغوية أكثر من مستواهم وذلك نتيجة لتوقع المحيطين. حيث يعمد والدي المتأتيء إلى الكلام بسرعة وإلى مقاطعة الطفل عندما يتأتيء وإلى إبداء التوتر والضيق من تأتأته مما يزيد الأمر تعقيداً.

ج - أحداث الحياة (Life Events)

ويقصد بهذه الأحداث؛ ما يطرأ على حياة الطفل من جديد أو بشكل مفاجئ أو ازدياد الأعباء بشكل مطرد، ويقصد بالأحداث هنا المفاجآت غير السّارة على الأغلب، وإن كان لعنصر المفاجأة بشكل عام تأثيره الواضح على حياة الطفل بما في ذلك لغته، ومن الأمثلة على هذه الأحداث:

١ - انتقال عائلة الطفل إلى منزل جديد وبالتالي بيئة جديدة وجيران جدد.

٢ - انفصال الوالدين.

٣ - موت أحد أفراد الأسرة وخاصة أحد الوالدين.

٤ - دخول الطفل أو أحد أفراد الأسرة المستشفى.

٥ - فقدان الأب وظيفته، مما يزعزع أمن البيت، والمزاج العام فيه.

٦ - قدوم مولود جديد ينافس الطفل في اهتمام عائلته.

٧ - غياب الوالدين أو أحدهما عن البيت لفترة طويلة.

٨ - تغيّر مفاجئ في شكل حياة الطفل، من مثل، مجيء العطلة والتي تؤدي إلى تغيّر روتين حياة الطفل وبالتالي زيادة الإثارة.

إن الأحداث السابقة وما يشابهها تؤدي إلى الإخلال بأمن الطفل واستقراره وعندها فقد تظهر التأتأة فجأة وذلك نتيجة للشّد أو الضغط الانفعالي.

٣ - نظريات حول العوامل التطوّرية والبيئية.

لدينا في هذا الصدد ثلاث نظريات تمثل ثلاثة مفاهيم حول مساهمة الضغوط التطورية (Developmental Stresses) والضغوط البيئية (Environmental Stresses) في إيجاد التأتأة وتعميقها.

أ - النظرّية التشخيصية: (Diagnostic Theory)

يرى أصحاب هذه النظرية أن عناصر البيئة هي الشرارة الأولى في إيجاد هذا الاضطراب، حيث إن التأتأة الطبيعية التي تتخلل تطور لغة الطفل تمثل نقطة البدء بالإصابة بهذا الاضطراب خاصة عند الأطفال الذين لديهم استعداد للتأتأة وذلك نتيجة للضغوطات التي تمارس عليهم من قبل البيئة المحيطة كما سبق وأوضحنا.

تقول النظرية: إن حديث الأطفال المصابين بالتأتأة وغير المصابين بها يتميز بالتكرارات (Repetitions) فإذا مرّت هذه المرحلة بسلام دون ضغوط فقد ينجو الطفل من هذا الاضطراب. وأما ما يحدث مع المتأتئين فإن تفسير الوالدين أو المستمعين الخاطئ، على أنها تأتأة يشعر الطفل بوجود مشكلة مما يؤدي إلى محاولته قصارى جهده بأن يتحدث دون تأتأة، وبالتالي فإن الكلام لديه يحتاج إلى مزيد من الجهد والاستعداد وهذا ينافي الطلاقة الطبيعية وبالتالي إصابته بالاضطراب، ونخرج من هذه النظرية أن التأتأة هي نتيجة للتفاعل بين

ثلاثة عناصر وهي:

١ - درجة التأتأة لدى الطفل.

٢ - حساسية المستمعين لتأتأة الطفل.

٣ - حساسية الطفل تجاه كلامه ولرد فعل المستمعين له.

ب - الفشل التخاطبي والجهد المتوقع

(Communicative Failure and Anticipatory Struggle)

وتعتبر هذه النظرية أن الفشل في التخاطب لأسباب بيئية يعجل في إيجاد وتطور التأتأة. حيث ترى هذه النظرية أن التأتأة تنتج عندما يشعر الطفل بالفشل والإحباط عند محاولته الحديث. ومن الخبرات التي تعمق الاعتقاد لدى الطفل أن الكلام مهمة صعبة وخبرة غير محببة:

١ - مواجهة التأتأة الطبيعية لدى الطفل بانتقاد شديد وخاصة من الأشخاص الذين يعتبرهم الطفل مهمين بالنسبة له.

٢ - التأخر في تطور لغة الطفل ونطقه.

٣ - معاناة الطفل من بعض اضطرابات النطق أو اللغة.

٤ - مواجهة الطفل لخبرة كلامية صعبة من مثل القراءة الجهرية بصوت مرتفع في المدرسة.

٥ - السرعة في الكلام (Cluttering): وخاصة عندما يضايق الطفل من قبل المستمعين وذلك بأن يقولوا له: أبطئ في كلامك أو ماذا

تقول؟ وهناك بعض الظروف الداخلية لدى الطفل تلعب دوراً في إيجاد التأتأة.

أ - محاولة الطفل الدائمة للوصول إلى توقعات الوالدين.

ب - عدم احتمال الأسرة لأي اضطراب كلامي مما يخلق شعوراً بالخوف والإحباط لدى الطفل تجاه الكلام.

ج - القدرات والمتطلبات (Capacities and Demands):

تعتبر هذه النظرية أن أي ضغط تطوري أو بيئي قد يكون المثير لإيجاد التأتأة. وترى هذه النظرية أن التأتأة هي ناتج لوجود فرق بين مقدرة الطفل والمتطلبات البيئة للأداء الكلامي. ومن المتطلبات الملحة في حياة الطفل:

١ - التطور السريع للغة الطفل ما بين سن الثالثة وسن السابعة.

٢ - سرعة كلام الوالدين والتي يجد الطفل صعوبة في مواكبتها.

وهنا يجب أن نعرف أن تأتأة الطفل تتأرجح ما بين الوضوح التام لهذه التأتأة والاختفاء وذلك تبعاً لتطور قدرات الطفل.

*** أنماط التأتأة (Disfluency Types)**

كما وسبق أن بينا في الفصل الخاص بتطوّر اللّغة عند الأطفال، فقد أشرنا إلى أن تطوّر اللّغة لديهم يتسم بوجود تأتأة وذلك نتيجة لعدم اكتمال

تطور اللّغة لديهم بحيث يمكنهم من استخدام الكلام بكفاية وفاعلية. وكما سبق وأوضحنا، فإن الآباء قد يمارسون ضغوطاً على أبنائهم للخروج من هذه المرحلة بسرعة مما قد يؤدي إلى إصابتهم بالتأتأة. ولكن قد يتبادر إلى ذهن القارئ السؤال الآتي: ماذ يجب على الآباء أن يفعلوا تجاه هذه التأتأة؟ هل عليهم أن يتركوا ولدهم يمر في هذه المرحلة دون أي عمل؟ إن كانت الإجابة ، نعم، فقد يتبادر إلى الأذهان هذا السؤال: ماذا لو كانت هذه التأتأة إرهاصات حقيقية لوجود هذا الاضطراب؟ والإجابة هنا هي: إن ازداد شك الآباء بوجود هذه الاضطراب فما عليهم إلا استشارة أخصائي النطق واللّغة.

أما نحن، أخصائيي النطق واللّغة فعلينا أن نضع محددات تميز التأتأة الطبيعية من غير الطبيعية أو المرضية، نستنير بها في توجيه الآباء أو علاج الطفل. للوصول إلى هذه المحددات، سنقوم بتقسيم التأتأة إلى:

١ – التأتأة الطبيعية.

٢ – التأتأة المرضية.

وهناك بعض أنواع التأتأة والتي تعود إلى أسباب مختلفة من مثل:

أ – التأتأة ذات المنشأ العصبي.

ب – التأتأة ذات المنشأ النفسي.

ج – التأتأة ذات المنشأ الوجداني.

د – التأتأة الناتجة عن التأخر اللغوي.

هـ - التأتأة التظاهرية لأسباب خاصة بالشخص المتأتىء.

ا - التأتأة الطبيعية (Normal Disfluency)

تبدو هذه التأتأة واضحة في كلام الطفل ما بين سنة ونصف إلى ست سنوات حيث يظهر الطفل تأرجحاً في طلاقته، فبعض الأيام يكون طليقاً والبعض الآخر يكون غير طليق و للتفريق بين هذا النوع والنوع المرضي فسنعرض إلى ما يظهر لديه من:

١ - السلوكات الرئيسية.

٢ - السلوكات الثانوية.

٣ - المشاعر والمواقف.

السلوكات الرئيسية (Core behaviors)

وسنفرق بين هذا النمط والنمط المرضي من حيث:

أ - مقدار التأتآت: وتقاس من خلال معرفة عدد التأتآت من (١٠٠) كلمة وبذلك نستطيع معرفة نسبة التأتأة لديه. وقد أظهرت الدراسات أن نسبة التأتأة عند الطفل الطبيعي قبل سن المدرسة تبلغ ١٠٪ من كلامه وقد تصل أحياناً إلى ٢٥٪ من كلامه. أما عند المتأتئين فقد تصل إلى ضعفي هذه النسبة.

ب - عدد مرّات ظهور السلوكات الرئيسية وغيرها في جمل الطفل. فقد

قدّرت الدراسات أن عددها يصل إلى مرة واحدة في التركيب الواحد. كأن يقول الطفل: أنا اسمي . . اسمي ماجد. أو أنا . . إيه . اسمي ماجد. وقد تصل إلى مرتين عند بعض الأطفال، أما إذا تجاوزت هذا العدد فمن الممكن أن يكون الطفل مصاباً بالتأتأة.

ج – الأشكال (السلوكات الرئيسية):

أظهرت الدراسات أن الإدخالات (Interjections) والمراجعات (Revisions) والتكرارات (Repetitions) هي الأشكال التي تغلب على كلام الطفل في هذا النمط. هذا بالإضافة إلى أشكال أخرى سنوردها فيما يلي:

*** الإعادة:**

١ – إعادة جزء من كلمة من مثل كركرسي.

٢ – إعادة جملة كاملة مكونة من مقطع واحد من مثل باب باب. بيت بيت.

٣ – إعادة كلمة كاملة مكونة من أكثر من مقطع خزانة خزانة.

٤ – إعادة جزء من جملة: أنا أسمي . . أنا أسمي.

*** الإدخال:**

وذلك بأن يدخل الطفل مقطعاً بين الكلمات مثل آه، إم ، إيه.

* **المراجعة:** وذلك بأن يقطع الطفل فكرة ويرجع إلى فكرة أخرى من مثل أن يقول :«أنا رحت اليوم . . وين لعبتي؟ ومن ثم يكمل كلامه».

* **التطويل** : ويكون ظهور هذا السلوك قليلاً في هذا النمط، كأن يقول الطفل: أنا اسسسمي . .

ومن الملاحظ أنه كلما إزداد نضوج الطفل كلمّا قلّت مظاهر عدم الطلاقة أما إذا استمرت هذه المظاهر وازداد تعمقها فهذا يعني أن هناك خطورة من إصابة الطفل بالتأتأة.

السلوكات الثانوية : (Secondary Beharіors)

لا يظهر لدى الأطفال في هذا النمط سلوكات ثانوية وذلك لأنهم لم يطوروا بعد ردود فعل من مثل الهروب (Escape) أو التجنب (Avoidance) ولكن قد يظهرون بعض الوقفات المتسمة بالشد (Tense Pauses).

هذا ومن الجدير بالذكر أن الأطفال المتأتئين في المرحلة الأولى لا يختلفون كثيراً عن هذا النمط من حيث السلوكات الثانوية وكذلك المشاعر والمواقف.

المشاعر والمواقف (Feelings and Attitudes)

لايظهر الأطفال في هذا النمط مشاعر أو مواقف سلبية تجاه تأتأتهم كونهم غير مدركين لهذه التأتأة، فنلاحظ أنهم يستمرون في الكلام بعد

التأتأة مباشرة وكأن شيئاً لم يحصل.

وهناك بعض الملاحظات على هذا النمط:

١ - تظهر سلوكات التأتأة في قمتها ما بين ٢ - ٥, ٣ سنة وتبدأ بالتناقص تدريجياً.

٢ - بعض السلوكات من مثل التكرارات تتناقص بعد السنة الثانية والنصف ولكن سلوكات أخرى قد تزيد من مثل التعديلات أو المراجعات.

٣ - الازدياد والتناقص العرضي للسلوكات مألوف في هذا النمط.

العمليات الداخلية التي تلعب دوراً في إيجاد التأتأة
(Underlying Processes):

١ - تطور اللّغة (Language Development)

يعتبر تطور اللغة من المؤثرات الرئيسية على طلاقة الطفل، حيث يميل الأطفال إلى التأتأة في بدايات التراكيب أو الوحدات النحوية، ويزداد ظهور التأتأة كلما ازداد طول التركيب وتعقيده في الوقت الذي لم تأخذ هذه الوحدة مكانها بشكل تام في قاموسه اللغوي.

٢ - اكتساب التحكم الحركي (Specch Motor Control Acquisition)

على الطفل أن يكتسب لغة الأم في السنوات الخمسة الأولى من عمره

هذا بالإضافة إلى زيادة سرعته في الكلام ليجاري الناضجين، علماً أن الطفل في هذه المرحلة عليه أن يكتسب مهارات حركية كالركض والسباحة واللعب وغيرها من المهارات الضرورية في حياته، وهذا يعني أن هذه النشاطات أو المهارات تنافس مهارة الكلام في الاستفادة من المصادر الدماغية (Cortical Resources).

٣ - استخدام اللغة (Pragmatics)

إن إتقان مهارات استخدام اللّغة يلعب دوراً أساسياً في التأثير على الطلاقة، فكلما ازداد تعقيد المهارات كان التأثير أكبر حيث تخلق تحدياً آخر، وذلك لأن تطور هذه المهارات يكون على حساب تطور اللغة من حيث استخدام المصادر الدماغية.

٤ - العوامل الشخصية الضاغطة (Interpersonal Stresses)

ونعني بها الأمور التي يفاجأ بها الطفل من مثل مجيء مولود جديد في الأسرة أو الإصابة بمرض . . . إلخ. وهذه الأمور تؤثر على أمن الطفل مما يؤدي إلى تأثر طلاقته في بعض الأحيان كما أسلفنا.

٣ - عدم الطلاقة غير الطبيعي (التأتأة) (Stuttering)

تقسم التأتأة من حيث شدتها ودرجة إصابة الشخص بها إلى ثلاثة أقسام وهي:

أ - التأتأة في المرحلة الأولى (Beginning Stuttering).

ب - التأتأة في المرحلة المتوسطة (Intermediate Stuttering).

ج - التأتأة في المرحلة المتقدمة (Advanced Stuttering).

قبل الحديث عن أنماط التأتأة، سنتحدث عن الدرجة التي تفصل بين التأتأة الطبيعية والتأتأة كاضطراب، حيث تعتبر الحد الفاصل بين النوعين (Borderline Stuttering) وقد أظهرت الدراسات أن أعراض هذا النوع لا تختلف عن أعراض التأتأة الطبيعية. ولعل تشخيص هذا النوع يعتبر صعباً. حيث إن الطفل يراوح في سلوكاته بين الطبيعي وغير الطبيعي. وهذا النوع من التأتأة يعطي مؤشراً بأن الطفل مهدد بخطر الإصابة باضطراب التأتأة.

السلوكات الرئيسية (Core Behaviors)

١ - لا توجد سلوكات تميّز هذا النمط عن النمط السابق، غير أن مقدار ظهور السلوكات يزداد، فقد يظهر ٣-٥ تأتآت في التركيب الواحد وبالتالي فإن النسبة تزداد لديه.

٢ - تسيطر التكرارات والتطويلات على كلام المتأتىء أكثر من التعديلات أو تكسير التراكيب.

٣ - بتطور هذه السلوكات فإن المتأتيء يدخل في المرحلة الأولى من التأتأة.

السلوكات الثانوية (Secondary Behaviors)

قد لا تظهر سلوكات ثانوية، وإن ظهرت فهي قليلة جداً من مثل:

١ - قد يظهر مقداراً من الشد أكثر مما هو في التأتأة الطبيعية وإن كانت سلوكاته الرئيسية تظهر بشكل مريح وغير مشدود.

٢ - لا يظهر الطفل حركات إضافية قبل أو خلال أو بعد تأتأته، حيث لا يظهر أي إشارة لإدراكه بأنه متأتيء.

المشاعر والمواقف (Feelings and Attitudes)

١ - لا يظهر الطفل أي اهتمام، ولا يظهر الإحباط نتيجة للتأتأة.

٢ - قد يظهر الطفل ضيقاً في بعض الأحيان لأنه لم يستطع إكمال الكلمة وقد يعبر عن ذلك بالكلام كأن يقول «ماما مش قادر أكمل الكلمة».

اعتبارات عامة في العلاج (Treatment Consideration)

هناك بعض الأمور التي يجب على المعالج أن يلمّ بها قبل البدء بالعلاج أو التقييم، ذلك أن هذه الأمور توجه مسار تفكير المعالج بشكل صحيح في تقييمه وعلاجه لحالات التأتأة.

١ - أسباب التأتأة ومراحل تطورها: ونبتغي من هذه القضية تحديد طبيعة هذا الاضطراب، لأن معرفة طبيعته تسهل علينا التفكير به بشكل شمولي.

٢ - هناك بعض الأسئلة تطرح نفسها على المعالج عند وضعه خطة العلاج من مثل:

أ - ما هو أنسب سلوك كلامي لدى المصاب يمكن أن يكون هدفنا في العلاج؟

ب - ما هو حد أو درجة الطلاقة المنطقية التي يجب أن نسعى لإيجادها عند المريض؟

ج - كم من الاهتمام يجب أن نعطي لمشاعر المتأتىء ومواقفه تجاه كلامه؟

د - ما هي الخطوات التي نحتاجها للمحافظة على ما نحققه أثناء العلاج وبعده؟

هـ - كيف نتعامل مع الاضطرابات المصاحبة لاضطراب التأتأة؟

٣ - تحديد الأسلوب الأمثل في العلاج للحالة الماثلة أمام المعالج، ويجدر بنا أن تذكر هنا أن هناك أساليب مختلفة لعلاج التأتأة وإن اختيارنا لا يكون عشوائياً لواحد منها ولكنه مبني على البندين السابقين.

وسنعرض الآن للقضايا الثلاث السابقة بشيء من التفصيل:

١ - اعتقادات المعالج (Clinician's Beliefs)

إن اعتقادات المعالج عن طبيعة هذا الاضطراب ومراحل علاجه، لها عظيم الأثر في التخطيط لعلاج الحالة واختيار الأسلوب الأمثل لها. وكذلك فإن لها أثراً واضحاً في طريقة التقييم وخطواته، واختيار الجوانب التي عليه أن يعطيها أهمية أثناء عملية التقييم من مثل التركيز على المشاعر والمواقف لدى المتأتىء أو التركيز على السلوكات الثانوية. وكذلك فإن هذه الاعتقادات تساعد المعالج على وضع استراتيجيات مناسبة للتعامل مع الوالدين، وكيفية التعامل معهما، وماهية النصائح والإرشادات التي يمكن أن يقدمها لهم أثناء فترة العلاج وبعده.

٢ - السلوكات الكلاميّة المستهدفة للعلاج

(Speech Behaviors Targeted for Therapy)

ونعني بها تحديد الجوانب التي سنتعامل معها أثناء العلاج، وبالتالي فإننا سنركز على جوانب من مثل السلوكات الرئيسة وقد نهمل بعض الجوانب كالمشاعر والمواقف في حالات معينة ونركز عليها في حالات أخرى.

ومن هذه القضية تشعبت آراء الباحثين والمعالجين مما بشّر بميلاد أساليب مختلفة في التعامل مع المتأتئين بمراحلهم المختلفة، ويظهر جوهر الاختلاف

من حيث التركيز على جانب دون الآخر. وإهمال جانب دون الآخر ومن هذه الأساليب.

أ - تأتيء ولكن بشكل أقرب إلى الطلاقة: وذلك بتعليم المتأتىء أن يقبل بتأتأته دون خوف أو ارتباك، ومن ثم تعليمه كيفية تعديل التأتأة إلى كلام أكثر طلاقة دون الحاجة إلى الشد.

ب - تشكيل الطلاقة: وذلك بتزويد المتأتيء بآليات وأساليب تساعده على خلق أسلوب جديد يستبدل به الأسلوب القديم.

ج - تأتئ بطلاقة أكثر. وذلك باستبدال التأتأة بالطلاقة.

اتجاهات العلاج:

*** تعديل التأتأة** (Stuttering Modification Therapy)

وذلك بتعليم المتأتيء كيفية تعديل لحظات تأتأته بتقليل الجهد والشد المصاحب، حيث يقدم لنا هذا الأسلوب طرقاً للتعامل مع هذا الخوف والشد.

١ - تقليل الجهد الذي يبذله المتأتئ أثناء الكلام وتخفيف حدة لحظات التأتأة.

٢ - تخفيف الشد لدى المتأتيء، وجعله يتأتيء ولكن بشكل مرتخٍ وسهل.

٣ - استخدام بعض الاستراتيجيات العلاجية لتحقيق ما سبق:

أ - الإعداد المسبق (Preparatory Sets)

وذلك بأن يبطئ المتأتيء كلامه ويخفف الشدّ عندما يتوقع التأتأة، فلا يقع في موقف التأتأة. وهذا يعني أن هذه الاستراتيجية هي عبارة عن سلوك احترازي يخفف من احتمالية الوقوع في التأتأة.

ب - الدفع (Pull Out)

وهي استراتيجية تستخدم عند الوقوع في موقف التأتأة، وذلك بأن يكمل المتأتيء تأتأته دون خوف أو جهد أو ارتباك. وبالتالي تزداد ثقة المتأتيء بنفسه.

ج - الإلغاء (Cancellation)

وهي استراتيجية تستخدم بعد لحظة التأتأة مباشرة، حيث يطلب من المتأتيء أن يرتخي بعد لحظة التأتأة ويكمل كلامه وكأنّ شيئاً لم يحصل.

وكان لهذا الأسلوب كثير من الأتباع الذين اتخذوه أسلوباً لهم وأضافوا له إضافات ومن أشهر هؤلاء العلماء فان رايبر (Charles Van Riper).

*** بناء الطلاقة (Fluency Shaping Approach)**

ويُعنى هذا الاتجاه بزيادة الطلاقة بانتظام، وصولاً إلى استبدال لحظات

التأتأة بالطلاقة، ويقوم هذا الأسلوب على بناء الطلاقة في العيادة ومن ثم تعميم الكلام الطليق على حياة المتأتيء اليومية.

ولتحقيق هذه الغاية لدينا أسلوبان ومن الممكن دمج هذين الأسلوبين.

أ - تشكيل مستوى أساسي من الطلاقة، وذلك بأن ينتج المتأتيء استجابة قصيرة تتصف بالطلاقة، ويبدأ هذا الأسلوب بالتركيز على الكلمة المنفردة ومن ثم التراكيب البسيطة وصولاً إلى الجمل، حيث تعزز في هذه المرحلة الاستجابات الطليقة، وكما لاحظنا فإن طول وتلقائية الاستجابات تزداد بانتظام تدريجياً إلى أن يستطيع المتأتيء تحقيق الطلاقة في العيادة.

ب - مساعدة المتأتيء على تشكيل الطلاقة وذلك بتغيير أنماط كلامه حيث نبدأ بالحديث شديد البطء ومن ثم نزيد سرعة كلامه للوصول به إلى السرعة الطبيعية. وللمساعدة على تحقيق هذا الأسلوب هناك جهاز يستخدم لهذه الغاية ويسمى جهاز التغذية السمعية الراجعة (Delayed Auditory Feedback).

ما هو جهاز الـ (DAF)؟ هو جهاز يشبه جهاز التسجيل مزود بسماعات للرأس (Headphone) ويعمل على إعادة كلام المتأتيء بعد فترة من الزمن نحددها وذلك للتحكم في سرعة كلام المتأتيء، فإذا أراد المتأتيء أن يسمع كل جملة يقولها دون الخلط بينها وبين جملة جديدة، فعليه الالتزام بالوقت المحدد. ومن أشهر العلماء المؤيدين لهذا الإتجاه بروس رايان (Bruce Ryan).

تردد في الفقرات السابقة مصطلح الطلاقة (Fluency) بكثرة، فما هي أبعاد الطلاقة وأنواعها؟

أ - أبعاد الطلاقة (Dimensions of Fluency)

١ - الاستمرارية (Continuity)

وهي خروج الكلام بيسر وبدون جهد، هذا في الوضع الطبيعي، أما في حالة المتأتىء فنقصد به درجة انكسار الكلام بسبب التأتأة وأما بشكل عيادي أو مرضي فنعني به عدد السلوكات الأساسية التي تظهر في كلام المتأتىء.

٢ - **المعدل: (Rate)** ويقصد به عدد الكلمات في الدقيقة الواحدة.

٣ - **الإيقاع والنغم (Phythm)** ويقصد به شكل الكلام من حيث التعبير عن المعنى أو الحالة النفسية، أو السير بشكل رتيب دون تغيير بحيث يأخذ الكلام شكلاً واحداً دون ارتفاع في النبر أو انخفاض فيه (Monotone).

٤ - **الجهد (Effort)** وهو مقدار الجهد المبذول أثناء الكلام، حيث إن الكلام الطبيعي تلقائي ولا يحتاج إلى إعداد مسبق بعكس التأتأة.

ب - أنماط الطلاقة (Types of Fluency)

١ - الطلاقة التلقائية (Spontaneous Fluency)

وهي ما يتصف به الكلام الطبيعي، حيث يتصف بعدم وجود الشد والخوف أو سلوكات التأتأة الرئيسية، وإن وجدت فتكون قليلة غير مصحوبة بشد وارتباك وتتصف بمعدل كلام طبيعي وبقليل من الانتباه لآراء المستمعين بشكل الكلام.

٢ – الطلاقة الموجهة (Controled Fluency)

وتتصف باستمرارية مماثلة للطلاقة التلقائية، ولكن على المتأتيء مراقبة كلامه، وتغيير أسلوب كلامه للمحافظة على كلام طبيعي. أما بالنسبة للمعدل والإيقاع فقد يتم تغييرها عند الحاجة، ولا بد من صرف بعض الجهد للاستمرار في الكلام الطبيعي.

٣ – التأتأة المقبولة (Acceptable Stuttering)

وهنا يكون لدى المتكلم تأتأة ملاحظة، ولكنها ليست عميقة أو مستعصية وتبدو مريحة، وهنا فإن جميع أبعاد الطلاقة قد تتأثر بين الحين والآخر. والآن سنتناول اتجاهي العلاج في تعاملها مع حالات التأتأة في مراحلها المختلفة من حيث:

أ – أبعاد الطلاقة وأشكالها.

ب – المشاعر والمواقف.

ج – إجراءات المحافظة على نتاجات العلاج.

د - الأساليب العلاجية داخل العيادة.

هـ - التعامل مع الاضطرابات المصاحبة.

أ - التعامل مع أبعاد الطلاقة وأشكالها:

١ - تعديل التأتأة (Stuttering Modification Therapy)

الهدف الأسمى هنا هو الطلاقة التلقائية وخاصة للمتأتئين في المرحلة الأولى (Beginning). ولكن بالنسبة لمن هم في المرحلة المتوسطة والمتقدمة فالطلاقة الموجهة أكثر واقيعة من حيث إمكانية حلولها بدلاً من التأتأة، وفي بعض الأحيان فإن الطلاقة المقبولة (Acceptable) هي وحدها الممكنة الحدوث.

٢ - بناء الطلاقة (Fluency Shaping Therapy)

الهدف الوحيد هو الطلاقة التلقائية، نادراً ما يقبل هذا الأسلوب بالطلاقة الموجهة أما التأتأة المقبولة فهي غير واردة أبداً.

*** تكامل الاتجاهين (Integration of Approaches)**

وهنا فإن المؤيدين من مثل بيترز جيتار (Peters and Guitar) يراوحون في أهدافهم لتتناسب مع درجة إصابة الشخص بالتأتأة.

فبالنسبة للتأتأة في المرحلة المتقدمة (Advanced): فإن الطلاقة التلقائية مرغوبة ولكن لو نظرنا إلى الوضع بشكل أكثر واقعية فإننا سنسعى إلى

الطلاقة الموجهة. وإن صعب تحقيقها فإننا نكتفي بالتأتأة المقبولة.

أما بالنسبة للتأتأة في المرحلة المتوسطة (Intermediate) فإن الطلاقة التلقائية مرغوبة ولكن الطلاقة الموجهة أكثر واقعية ومن الممكن تحقيقها، وفي قليل من الأحيان قد نحتاج إلى الطلاقة المقبولة.

أما بالنسبة للتأتأة في المرحلة الأولى (Beginning) فالهدف هنا الطلاقة التلقائية والكلام الطبيعي، فالأطفال لا يمكنهم مراقبة كلامهم والتحكم فيه.

ب - التعامل مع المشاعر والمواقف

إن الخلاف القائم بين الاتجاهين يكمن في مقدار الاهتمام الذي يجب أن يعطي لمشاعر ومواقف المتأتيء تجاه نفسه والآخرين. ويظهر هذا الخلاف جليّاً في التعامل مع المتأتئين في المرحلة المتقدمة ويتضاءل مع الحالات في المرحلة الأولى حيث إن التأتأة لا تكون قد تطورت إلى درجة تكوين مشاعر ومواقف سلبية لدى الحالات.

١ - **تعديل التأتأة** (stuttering Medification Therapy)

يتعامل هذا الاتجاه مع كل مرحلة بما يناسبها من حيث تحديد مقدار الاهتمام بجانب المشاعر والمواقف.

أ - المرحلة المتقدمة (Advanced):

يكون التركيز واضحاً على التقليل من الخوف من الكلام

ومحاولة تخليص المتأتىء من السلوكات الثانوية المصاحبة للتأتأة، وكذلك فإن المعالجين يركزون على تطوير مواقف إيجابيّة تجاه النفس والكلام وكذلك تجاه المستمعين.

ب - المرحلة الأولى (Beginning):

يكون التركيز قليلاً جداً على هذا الجانب حيث إن المشكلة ما زالت في بدايتها ولم يطوِّر بعد مواقف سلبية تجاه الكلام.

٢ - بناء الطلاقة (Fluency Shaping Therapy)

على عكس الاتجاه الأوّل، فإن المعالجين في هذا الاتجاه لا يعطون اهتماماً مباشراً للعمل على التقليل من المخاوف والسلوكات الثانوية. فهم يرون أن بناء الطلاقة واستبدال التأتأة بها كفيل بحل مشكلة المشاعر والاتجاهات وبالتالي السلوكات الثانوية.

* **تكامل الاتجاهين:** يؤيد الباحثون هنا اتجاه تعديل التأتأة، بحيث يتلاعبون بمقدار الاهتمام بهذا الجانب تبعاً للمرحلة التي يمر بها المتأتىء.

جـ - إجراءات المحافظة على نتاجات العلاج

(Maintenance Procedures)

١ - تعديل التأتأة (Stuttering Modification)

بعد الانتهاء من الخطة العلاجية بنجاح، يتولد لدينا الخوف من حصول انتكاس للمتأتىء (Relapse). مما يدعونا نحن المعالجين إلى التفكير في وضع آليات للمحافظة على ثبات نجاح العلاج، وتختلف أساليب الاتجاهين السابقين في التعامل مع هذه النقطة.

١ - المتأتئون في المرحلة الأولى (Beginning):

يكتفي المعالجون في حالة انتكاس العلاج بجلسة تعزيزية لتثبيت نتاجات العلاج. ذلك أن اكتساب الأطفال للخبرات الجديدة سريع وأكثر ثباتاً.

٢ - المتأتئون في المرحلة المتوسطة والمتقدمة

(Intermediate and Advanced)

تعتبر مشكلة الانتكاس في هاتين المرحلتين خطيرة جداً. ومتوقعة الحدوث بنسبة عالية، ولمواجهة هذه المعضلة فعلى المعالجين القيام بما يلي:

أ - حث المتأتىء على عدم تجنب الكلمات والمواقف الصعبة أثناء الكلام.

ب - المحافظة على أدنى مستوى من المخاوف من المواقف الكلامية المختلفة.

ج - مساعدة المريض على إتقان الاستراتيجيات اللازمة للتخلص من التأتأة.

د - مساعدة المريض لأن يصبح معالج نفسه بحيث يتحمل المسؤولية في علاج نفسه.

٢ - العلاج ببناء الطلاقة (Fluency Shaping Therapy)

أ - المتأتئون في المرحلة الأولى (Beginning):

إن احتمال الانتكاس ضئيل جداً لذا فعلى المعالجين مراجعة مهارات الطلاقة إذا لزم الأمر.

ب - المتأتئون في المرحلة المتوسطة والمتقدمة (Intermediate and Advanced)

يرى المعالجون أن الانتكاس متوقع لدرجة كبيرة، لذا فهم يركزون على إتقان مرضاهم لمهارات الطلاقة أثناء العلاج، وإن حصلت انتكاسة للعلاج فإنهم يعيدون البرنامج العلاجي بأكلمه.

❊ تكامل الاتجاهين (Integration of Approaches)

إن المؤيدين لهذا الاتجاه يستخدمون الأساليب المناسبة للحالة من كلا الاتجاهين.

د - الأساليب العلاجية داخل العيادة (Clinical Methods)

ونركز هنا على جانبين:

أ - بناء الخطة العلاجية بشكل عام وبناء الخطة اليومية (Structure of therapy)

ب - جمع المادة الخام (Data Collection) —

١- تعديل التأتأة.

أ - بالنسبة للحالات في المرحلة المتقدمة والمتوسطة، يتخذ العلاج شكل التعليم والإرشاد ولا يكون التخطيط محكم التنظيم ويوصف بالتراخي (Loose) أما مع الأطفال الأصغر سناً فيعتمدون على مواقف اللعب.

ب - جمع المادة الخام:

لا يركز أصحاب هذا الاتجاه على جمع المعلومات في الوقت الذي لا يهملونها تماماً، وإنما يركزون على الوصف العام للمعالج والمريض والانطباع العام لدى المعالج بالتقدم.

٢- بناء الطلاقة:

أ - **بناء العلاج:** كون أصحاب هذا الاتجاه يعتمدون على الإشراط الإجرائي (Operant Conditioning) لذا فإن جلسة العلاج لديهم تكون ذات بناء محكم ومدروس بدقة، حيث

يحضرون الأهداف لكل جلسة من ضمن منظومة أهداف دقيقة للشكل العام للعلاج وكذلك فإنهم يحضرون للكيفية التي ستطبق بها الأهداف مع تحديد المواد التي ستستخدم أثناء كل جلسة، فضلاً على أنهم يضعون توقعاتهم للاستجابات ويجرون مراجعات لنتائج كل جلسة، ويمكن وصف جلساتهم بأنها محكمة التنظيم (Highly Structrued):

ب - جمع المعلومات: هناك تركيز واضح على جمع المعلومات السابقة للعلاج وكذلك أثناء العلاج وتجهيز التقارير التي تحدد التقدم في العلاج، ولإجراء المقارنة بين الوضع أثناء العلاج وقبله.

*** تكامل الاتجاهين**

يراوحون في استخدام الأساليب من كلا الاتجاهين، فهم يحاولون التخفيف من برمجة الجلسات بدقة عالية ويبدون اهتماماً واضحاً في جمع المعلومات السابقة والحالية والتي تفيد العلاج حتى يسهل معرفة أثر التدريب ومدى نجاحه، وكذلك لمعرفة مكان الخلل في العلاج إن حصل.

هـ - التعامل مع الاضطرابات اللغوية والكلامية المصاحبة للتأتأة.

غالباً ما يصاحب اضطراب التأتأة عند الأطفال ميل لأن يكونوا متأخرين

في تطورهم اللغوي والكلامي. وكذلك فقد يصاحب التأتأة اضطراب نطقي، والسؤال الذي يطرح نفسه، هل نعالج التأتأة بمعزل عن الاضطرابات المصاحبة؟ أم نعالج التأتأة والاضطرابات الأخرى معاً.

في الحقيقة لم يعط أصحاب الاتجاهين اهتماماً لهذه القضية. ومن خلال الدراسات، يرى بعض المعالجين أن التعامل مع الاضطرابات المصاحبة قد يصيب الأطفال بإحباط وذلك بسبب زيادة العبء العلاجي مما يزيد وضعهم سوءاً، بينما يرى آخرون أنه بالإمكان أن نكامل بين علاج التأتأة والاضطرابات الأخرى، في برنامج علاجي واحد بدون أن نشعر الطفل بأن الكلام خبرة صعبة.

التقييم والتشخيص (Assessment and Diagnosis)

لا شك أن للتقييم أثراً واضحاً في تزويدنا بتصور عام للحالة وكذلك فإننا من خلال التقييم نعرف وضع الحالة، وأسباب الاضطراب، وبالتالي فإن التقييم هو درجة سابقة لوضع خطة للتدخل العلاجي المناسب، وبالتالي الوصول إلى النتائج المتوخاة من البرنامج العلاجي.

*** اعتبارات عامّة عند التقييم:**

١ - كل حالة لها خصوصيتها فلا نستعجل إطلاق النتائج قياساً على حالات أخرى.

٢ - أعط اهتمامك للمتأتيء ولتأتأته على حد سواء ولا تهتم فقط

بالاضطراب. حتى تستطيع بناء جسر من المودة بينك وبين المريض، حيث إنك تقبله بمشكلته مما يزيد من قربه إليك.

٣ - التقييم عملية مستمرة، فأبق تفكيرك متقداً، وتحسس مدى فاعلية الطريقة التي تستخدمها في العلاج، هل هي مناسبة أم لا؟ وكن موضوعياً في قياسك للتقدم، حتى يمكنك التراجع عن الأسلوب الخاطئ بروح رياضية. ولإجراء التقييم سنقوم بتقسيم الحالات حسب العمر:

أ - **البالغون** (Adolesents and Adults)

إن الخطوة التي تسبق عملية التقييم هي تعبئة النماذج المتوفرة لدينا والخاصة بهذا الاضطراب.

التقييم (Assessment)

١ - **تاريخ الحالة** (Case History)

نحاول جمع أكبر قدر من المعلومات عن تاريخ الحالة من خلال النماذج المعدّة مسبقاً والمتوفرة لدينا، ومن ثم نلجأ إلى المقابلة الشخصية. حيث نرحب بالمريض ونطرح عليه أسئلة مباشرة حول اضطرابه وموقفه تجاهه، وسنعرض عدداً من الأسئلة كأمثلة لكيفية جمع المعلومات عن تاريخ الحالة.

١ - متى بدأت التأتأة؟ وكيف تطور لديك الاضطراب؟

٢ - ما هو باعتقادك السبب في وجود هذا الاضطراب لديك؟

٣ - هل هناك أشخاص آخرون في عائلتك مصابون بنفس الاضطراب؟

٤ - هل تلقيت علاجاً من ذي قبل ؟ وما هي طريقة العلاج؟ وما هي فاعليته كما تعتقد؟

٥ - هل تعرضت لمشاكل بسبب اضطرابك؟ ماهي؟

٦ - هل هناك أوقات أو مواقف تعتقد بأنها تزيد أو تنقص من التأتأة لديك؟ ماهي؟

٧ - هل تتجنب مواقف معينة عندما تتوقع التأتأة؟ وإن كانت الإجابة بنعم، ما هي؟

٨ - هل تتجنب كلمات معينة عندما تتوقع التأتأة ؟ ما هي؟

٩ - كيف تحاول الظهور بأنك غير متأتىء؟

١٠ - هل تأثرت من الناحية الأكاديمية أو في اختيارك للوظيفة؟ أو هل تأثر أداؤك بسبب التأتأة؟

١١ - هل تأثرت علاقاتك مع الآخرين بسبب التأتأة؟ كيف كان ذلك؟

١٢ - ما هي مشاعرك ومواقفك تجاه تأتأتك؟ وكيف ترى نفسك في عيون الآخرين؟

١٣ - ما هي مشاعر أهلك ومواقفهم تجاه تأتأتك؟ وما هو موقفهم تجاه ما هو متوقع من تلقيك العلاج؟

١٤ – هل لديك معلومات تتوقع أنه من المهم أن نعرفها عن تأتأتك؟

٢ – العينة الكلاميّة (Speech Sample)

ونحصل عليها من خلال المقابلة السابقة وكذلك من خلال نماذج معدة مسبقاً لهذا الغرض، هذا بالإضافة إلي إخضاع الشخص لمواقف كلامية مختلفة من مثل القراءة العادية والكلام الملحن. ومن خلال العينة الكلامية التي يتم تسجيلها وأخذ الملاحظات المباشرة عنها نحصل على ما يلي:

أ – أنماط التأتأة: حيث إننا نحدد السلوكات التي تظهر في كلامه.

ب – معدل الكلام: حيث إننا نكوّن انطباعاً عن مدى تعمق الحالة وهناك طرق مختلفة لحساب معدل الكلام، وعلى سبيل المثال تحديد عدد الكلمات في الدقيقة أو تحديد عدد المقاطع في الدقيقة.

٣ – المشاعر والإعتقادات (Feelings and Attitudes)

نستخدم إلى جانب الأسئلة المباشرة بعض الاستبانات لسبرغور المريض، ومن خلال معرفة هذا الجانب نكوّن انطباعاً عن كيفية التعامل مع المريض ونبني بعض التوقعات عن مدى التقدم.

٤– وجود اضطرابات مصاحبة

حيث نحاول معرفة وجود اضطرابات مصاحبة بشكل غير رسمي مع محاولة تحديد مدى تأثير أو تأثر هذه الاضطرابات بالتأتأة، وهذا يؤثر على طريقة تعاملنا مع الحالة.

٥- مقابلة الوالدين

حيث نوسع قاعدة المعلومات حول المريض من خلال طرح أسئلة على الوالدين، وخاصة إن كانت عملية التواصل مع المريض صعبة بسبب تعمق حالته.

التشخيص (Diagnosis)

من خلال المعلومات التي تم جمعها، نعمل على الخروج باستنتاج حول كون الشخص متأتئاً أم لا، وإن كان متأتئاً فإننا نحدد مستوى العلاج المناسب لحالته.

إنهاء المقابلة

بعد تحديد وضع الشخص، ولنفترض أنه متأتئ، بهذا نكون قد كوّنا صورة متكاملة حول وضعه، وبالتالي نبدأ بالتمهيد لخطوات العلاج وذلك بأن نوجز للمريض انطباعنا حول سلوكات التأتأة لديه، وعن مشاعره ومواقفه حول التأتأة، بحيث نشعر المريض أننا قد أحطنا بشخصيته وبسبب وضعه الراهن، وكذلك نظهر له تقبلنا له بتأتأته، فيشعر أنه ليس وحيداً. ونقوم بشرح أسلوب العلاج الذي سنستخدمه، وقد نعطيه الفرصة للمشاركة في العلاج منذ البداية، فنوكل إليه بعض المسؤوليات في العلاج مستغلين بذلك رغبته الحقيقية في تغيير وضعه. أما إذا كان المريض سلبياً غير مندفع لتغيير وضعه فإننا ننهي المقابلة ونبدأ بالعلاج المباشر إلى أن نصل مع المريض إلى وضع يدفعه إلى حب المشاركة في التغيير.

٣- الأطفال في سن ما قبل المدرسة (Preschool Children)

في البداية نقوم بجمع معلومـات عن تاريخ الحالة وذلك من خلال تعبئة استبانات معدّة لهذا الغرض، حيث نستخدم هذه المعلومات كنقطة بداية لما سيلحق ذلـك من أسئلة توجه للوالديـن أثناء المقابلة، وكذلك فـإننا نطلب من الوالدين، أو المهتمين بالطفل تسجيل عينة كلاميّة لأخذ فكرة مسبقة عن كلامه قبل رؤيته.

التقييم (Assessment)

١ – **تفاعل الوالدين مع الطفل:** نحاول ملاحظة تفاعل الوالدين مع الطفل إن أمكن ذلك، ويفضل أن تسبق هذه الخطوة بداية التقييم، لنرى طبيعة التفاعل دون التأثر بماقد نلقيه من معلومات، وبالتالي نستطيع من خلال هذه الملاحظة أخذ فكرة عن تأتأة الطفل بشكل طبيعي، وكذلك طريقة تفاعل الوالدين مع هذه التأتأة.

٢ – **مقـابلة الوالدين:** حيث نوضح لـلوالدين ماذا سنفعل خـلال التقـييم، ونجيب عن بعض أسئلتهم، خاصة تلك التي يشعرون بأنهم سبب في تأتأة ابنهم ونترك الحديث عن النصائح لما ستكون طريقة تعاملهم مع طفلهم إلى ما بعد انتهاء المقابلة.

نبدأ بطرح الأسئلة عليهم:

١ – نسأل الأم إن كان قد واجهها مشاكل أثناء فترة الحمل أو أثناء ولادة الطفل.

٢ - كيف كانت لغـة الطفل وتطورها؟ وكيف كانت لغته مـقارنة مع لغة أقرانه ومع توقعاتهم؟

٣ - كيف كان تطور الطفل الحركي مقارنة مع إخوانه أو أطفال آخرين؟

٤ - هل عانى أحد أفراد الأسرة من اضطرابات لغوية أو كلاميّة؟

٥ - متى لاحظتم تأتأة الطفل لأول مرّة؟

٦ - هل ترافق ظهور التأتأة لدى الطفل مع وجود حدث مفاجيء في حياته؟

٧ - كيف كانت تأتأته في البداية؟

٨ - ما هي التغيرات التي حدثت عندما بدأت التأتأة بالظهور في كلام الطفل؟

٩ - هل يظهر الطفل ما يدل على إدراكه لتأتأته؟

١٠ - هل يظهر الطفل تجنباً للكلام عندما يتوقع التأتأة؟

١١ - ما هو سبب التأتأة في اعتقادكم؟

١٢ - ما هو شعوركم تجاه هذه المشكلة؟

١٣ - هل تلقى الطفل أي علاج لمشكلته؟ وما هي نتائج هذ العلاج؟

١٤ - هل هناك مواقف مـعينة يتأتيء فـيها الطفل؟ مـا هي؟ وهل لها وقت معين؟ ما هي هذه الأوقات؟

١٥ - كيف يتعامل الطفل مع إخوانه وأخواته؟

١٦ - كيف تصفون شخصية الطفل ومزاجه؟

١٧ - هل لديكم أي معلومات إضافية تعتقدون أنها ذات أهمّية لتوضيح وضع طفلكم؟

٣ - تفاعل الطفل مع المعالج: وتعتبر ذات أهمية كبيرة حيث إنها تعطينا فكرة مباشرة عن كلام الطفل، ويفضل أن تسجل هذه المقابلة بالفيديو أو على الأقل على الكاسيت، مع تسجيل الملاحظات المباشرة عن الطفل وكلامه وحتى لا ننسى فقد يواجه المعالج ببعض المشاكل من مثل أن يكون الطفل خجولاً جداً، ولا يريد الحديث بدون وجود والديه، وهنا على المعالج أن يلجأ إلى التحايل للوصول إلى التفاعل المطلوب.

٤ - العينة الكلاميّة: نختار العينة المناسبة من كلامه السابق لمعرفة ما إذا كان الطفل متأتئاً أم لا. وكذلك نتعرف أنماط تأتأته ومعدل كلامه ومدى إصابته بالاضطراب.

٥ - المشاعر والاعتقادات: نتعرّف على هذا الجانب من خلال مقابلة الوالدين وتفاعلهما داخل العيادة مع الطفل، حيث إن الطفل غالباً لا يدرك إصابته بهذا الاضطراب ونادراً ما يبدي اهتماماً لكلامه.

٦ - مصاحبة التأتأة باضطرابات لغوية وكلاميّة أخرى: حيث نحاول معرفة إذا ما كان الطفل يعاني من اضطرابات لغوية أو كلامية أخرى ومعرفة مدى تأثر التأتأة بهذه الاضطرابات، وهذا يؤثر وبشكل مباشر على سير العلاج والخطة العامة كذلك.

* **التشخيص** (Diagnosis)

من خلال المعلومات السابقة، نحدد وضع الطفل فيما إذا كان بحاجة للعلاج، فنحدد المستوى المناسب لحالته.

* **إنهاء المقابلة:**

حيث نضع تصوراً عاماً للحالة؟ ونخفف من تصور الوالدين أنهم مجرمون في حقا ابنهم ونبين لهم دورهم في تغيير وضعه.

٣ - الأطفال في سن المرحلة الابتدائية (Elementary School Children)

في البداية نقوم بجمع المعلومات عن تاريخ الحالة وذلك من خلال تعبئة النماذج المعدّة لهذا الغرض، حيث تستخدم هذه المعلومات كنقطة بداية لما سيلحق ذلك من أسئلة توجه للوالدين أثناء المقابلة كما سيأتي.

التقييم (Assessment)

١ - **مقابلة الوالدين:** حيث نستخدم نفس الأسئلة التي طرحناها في تقييم الأطفال في سن ما قبل المدرسة، مع بعض التوسع لمعرفة وضعه في المدرسة من حيث حبه أو كرهه لها.

٢ - **مقابلة المعلم:** وتعتبر المعلومات المستقاه من المعلّم ذات أهمية كبيرة فكلّما كانت المعلومات من المعلم كثيرة ودقيقة كلما استطعنا مساعدة الطفل بشكل أكبر، ومن الأمثلة على الأسئلة التي يمكن طرحها على

المعلّم:

١ - هل يتكلّم الطفل داخل الصّف؟ وبماذا يتصف كلامه؟

٢ - هل تؤثر تأتأة الطفل على تحصيله الأكاديمي؟

٣ - هل يضايق الأطفال هذا الطفل بسبب تأتأته؟

٤ - ما هو شعور المعلّم تجاه تأتأة الطفل؟ وما هو رد فعله؟

٣ - الملاحظة داخل غرفة الصف: إضافة إلى المعلومات المستقاة من الوالدين والمعلّم، فإن الملاحظة المباشرة للطفل داخل الصّف تسهّل علينا معرفة درجة التأتأة لدى الطفل وأثرها على التكيف الأكاديمي داخل الصّف.

٤ - مقابلة الطفل: حيث نسأله بلطف عن الأشياء التي يحبها، ومع من يحب أن يلعب، ونسأله أسئلة أخرى حيث نلاحظ طريقة كلامه وشكل تأتأته.

ومن ثم نسأله أسئلة مباشرة من مثل:

١ - هل لديك مشكلة في الكلام؟

٢ - بماذا تشعر عندما تتكلم؟ ومتى تشعر أن المشكلة تكون شديدة؟

٣ - هل لديك طرق سهلة للتخلص من لحظات التأتأة؟

٤ - هل هناك مواقف محددة تشعر فيها بصعوبة في الكلام؟

٥ - هل يضايقك أحد بسبب تأتأتك؟ ماذا تفعل؟

٦ - هل تحب الكلام أو تكرهه؟

٧ - هل يتضايق والداك من تأتأتك؟

ولا ننسى أن نستخدم لغة سهلة مع الطفل حتى يفهم ما نقصد، بحيث لا يرتبك ولا يشعر أنّه في جلسة تحقيق.

٥ - عينة الكلام: من خلال كلام الطفل في المقابلة نحدد أنماط التأتأة الموجودة في كلامه، ولمعرفة مدى تعمق الاضطراب علينا الحصول على عينة كلامية عبارة عن محادثة وعينة أخرى قرائية. ومن خلال العينات السابقة نستطيع تحديد معدل سرعة كلام الطفل.

٦ - مصاحبة التأتأة باضطرابات لغوية وكلامية أخرى.

*** التشخيص** (Diagnosis)

من خلال المعلومات التي تمّ جمعها نحدد وضع الطفل والطريقة العلاجية المناسبة له، وكذلك نحدد الظروف البيئية التي لها أثر في زيادة التأتأة لديه وما زالت قائمة ونحاول إزالتها.

إن غالبية الأطفال المصابين في هذه المرحلة هم من المتأتئين في المرحلة الأولى والمتوسطة.

* إنهاء المقابلة

نعطي الآباء فكرة عن وضع ابنهم وعن الطريقة العلاجية التي ستستخدم معه. وكذلك نخفف عنهم الشعور بالذنب تجاه ابنهم، وقد نعطيهم فكرة عما سيؤول إليه التدريب من نتائج حسنة إن سار التدريب على ما يرام إن شاء الله.

العلاج (Therapy)

وبعد أن عرضنا المعلومات اللازمة عن هذا الاضطراب بشكل عام، فقد آن الأوان للعرض التفصيلي لمراحل التأتأة، ومن ثم اختيار الأساليب المثلى لعلاج كل مرحلة على حدة، وسنقسم هذا العرض إلى ثلاثة أقسام على حسب تقسيم مراحل هذا الاضطراب وهي:

١ - التأتأة في المرحلة الأولى Beginning Stuttering.

٢ - التأتأة في المرحلة المتوسطة Intermediate Stuttering.

٣ - التأتأة في المرحلة المتقدمة Advanced Stuttering.

سنبدأ بالمرحلة المتقدمة، وذلك لأننا نستطيع ملاحظة سلوكات التأتأة الظاهرة والباطنة، وسنعرض لكيفية التعامل مع كل جوانب التأتأة وسيلي هذه المرحلة في العلاج المرحلة الأولى، وذلك لإظهار الاختلاف البارز بينها وبين المرحلة المتقدمة. وننهتي بالمرحلة المتوسطة ذلك لأنها مزيج بين المرحلتين من حيث السمات وكذلك من حيث الأساليب العلاجية المستخدمة أثناء التدخل العلاجي (Intervention).

أ - التأتأة المتقدمة (The Advanced Stuttering)

* السمات العامة (Characteristics)

١ - **العمر**: المتأتيء المتقدم غالباً يكون من البالغين أو من طلاّب المدارس العليا.

٢ - **السلوكات الأساسية (Core behaviors)**: عادة ما يظهر المتأتىء في هذه المرحلة بعضاً من السلوكات التالية أو جميعها:

أ - إعادة جزء من كلمة، أو إعادة كلمة أحادية المقطع (Monosyllabic) وتتضمن الإعادة شداً أثناء التأتأة.

ب - تطويل في حروف العلّة مع إظهار شد واضح.

ج - إظهار تقطعات في الكلام على شكل انحباسات (Blocks).

٣ - **السلوكات الثانوية** (Secondary behaviors) وتتضمن التالية:

أ - سلوكات الهرب

ب - سلوكات البدء في الكلام.

ج - سلوكات التأجيل.

د - استبدال الكلمات.

هـ - الالتفاف حول الكلمات.

و - سلوكات التجنب.

٤ – **المشاعـر والاعتـقادات** (Feelings and Attitudes): يكون المتأتىء في هذه المرحلة قـد كـوّن تصـوّراً ذاتيـاً بأنه متـأتيء، حـيث يظهـر عليـه الإحباط، والخجل والخوف بشكل يتناسب مع تأتأته.

العلاج من وجهة نظر اتجاه تعديل التأتأة

(Stuttering Modification Therapy)

ويقوم العلاج في هذا الاتجاه على:

أ – تعليم المتأتىء تعديل لحظات تأتأته.

ب– تقليل الخوف من التأتأة، وإنهاء السلوكات الثانويّة المصاحبة لمخاوفه.

سنتناول طريقة أحد أعلام هذا الاتجاه وهو فان رايبر (Van Riper) ويسمي طريقته، التأتأة السهلة أو الطليقة (Fluent or Easy Stuttering).

*** طبيعة التأتأة** (Nature of Stuttening):

١ – التـأتأة هي اضطراب في الـتوقـيـت: وهذا يعني أن هناك فـصـلاً بين التوقـيت المناسب وتنسيق حركـات العضلات التي تعـمل على إنتاج الكلام، ويظهر المتأتىء السلوكات الرئيسية كنتيجة لهذا الخلل.

٢ – يعـود الاضطراب إلى اسـتعـداد عـضوي للـفشل في نظام الـتغـذية الراجعة أو إلى ضغوطات وجدانية.

*** السلوكات الكلاميّة المستهدفة للعلاج (Speech behaviors Targeted For Thrapy)**

١ - تعليم المتأتيء كيفية التغلب على اضطرابه.

٢ - تعديل لحظات التأتأة المصحوبة بالشّد والجهد الشديد إلى لحظات سهلة وبطيئة وخالية من الجهد.

٣ - تخفيض السرعة إلى أدنى حد ممكن، وجعل الانتقال من صوت إلى آخر سهلاً وليناً.

*** أهداف الطلاقة (Fluency Goals)**

الوصول إلى الطلاقة الموجهة أو المقبولة.

*** المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attitudes)**

١ - إقناع المتأتيء بأهمية إزالة الحساسيّة إلي درجة كبيرة تجاه تأتأته وتجاه الآخرين، وإلا فلن يكون قادراً على النجاح في تعديل تأتأته. ولتحقيق هذا الهدف اقترح رايبر أسلوبين:

أ - التخفيف من القدر الزائد من المشاعرالسلبية لدى المريض.

ب - رفع مستوى الخشونة والقوة لدى المتأتيء ضد التأتأة وضد الآخرين وبالتالي يقل الارتباك من مواقف التأتأة.

*** خطوات المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance Procedures)**

يعطي رايبر اهتماماً كبيراً لهذا الجانب. وذلك من خلال ما يطلق عليه

التثبيت (Stabilization) وهناك أربع خطوات لتحقيقه وهي:

أ - مساعدة المتأتئ على أن يكون معالج نفسه، من حيث إتقان مهارات العلاج القائمة على التخفيض من سرعة الكلام في الوقت المناسب، مع التخفيف من السلوكات الثانويّة وتغيير المشاعر والاعتقادات.

ب- مساعدتهم في المحافظة على أدنى مستوى ممكن من المخاوف.

ج - إعادة تعزيز أساليب التعديل وإبقاؤها متيقظة وعاملة.

د - مساعدتهم في تغيير نظرتهم إلى أنفسهم.

*** الأساليب العياديّة (Clinical Methods)**

١ - الإرشاد والتفاعل عن طريق التعليم.

٢ - المزاوجة في استخدام العلاج الفردي (Individual Therapy) والعلاج الجماعي (Group Therapy).

٣ - تعدد أمكنة العلاج ليسهل تعميم الخبرة.

٤ - إعداد خطّة للعلاج اليومي.

الخطوات العلاجية (Clinical Procedures)

وتقسم إلى أربعة أطوار وهي:

أ - طور التعريف (Identification Phase)

حيث يتم تعريف المتأتئ بـ :

١ - السلوكات الرئيسية التي تظهر لديه.

٢ - السلوكات الثانوية التي تظهر لديه.

٣ - كشف مشاعره واعتقادته ومواجهته بها.

وبالتالي يصبح المتأتىء مدركاً لما يجب تغييره في سلوكه. أما النشاطات المستخدمة داخل العيادة لتحقيق هذه الأهداف فهي:

أ - القراءة الجهرية.

ب- المناقشة والحوار.

ج - نمذجة (Modeling) أنماط التأتأة من قبل المعالج، وذلك لزيادة إدراك المتأتىء بتأتأته.

د - متابعة نفسه في المرآة أثناء الكلام، ليرى التغيرات التي تحصل عليه أثناء التأتأة وبالتالي يصبح أكثر إدراكاً لسلوكاته الثانويّة.

هـ- التسجيل الصوتي والمرئي للعلاج إن أمكن ذلك.

أثناء العلاج على المعالج أن يتحلّى بالصبر، ومعاملة المتأتىء بلطف وتفهم، وعليه أن يشعره بأنه متقبل له كما هو، ولتحقيق طور التعريف علينا اتباع هذه التعليمات.

١ - في البداية نقوم بتعريف المتأتي بسلوكات التأتأة السهلة في كلامه ونسير بشكل تدريجي في تعريفه باقي سلوكات التأتأة.

٢ - تعريف المتأتىء بسلوكات التأتأة الثانوية من مثل سلوكات التجنب

والتأجيل والمخاوف من أصوات أو كلمات ومن ثم السلوكات الرئيسية.

٣ - التعريف بالمشاعر كالإحباط والخجل والعدوانية.

إن طور التعريف يتم تحقيقه في البداية في البيئة العيادية وبعد التأكد من نجاح تحقق الهدف، نبدأ بتعميمه خارج العيادة حتى يتعمق إدراك المتأتيء لتأتأته. وعلى سبيل المثال، فإذا أردنا تعميم معرفته لسلوك التجنب فإننا نطلب من المتأتيء أن يسجل عدد المرات التي يستخدم فيها هذا السلوك أثناء كلامه خلال يوم، وقد يكون من المفضل اشتراك المعالج في حوار طبيعي مع المتأتيء خارج العيادة. وبعد التأكد من تحقيق هذا الطورننتقل إلى الطور الثاني.

ب - طور إلغاء الحساسيّة (Desensitization Phase)

وتهدف هذه المرحلة إلى:

١ - تخفيف المخاوف والانفعالات السلبية من مثل الإحباط والإحراج المصاحبة للتأتأة.

٢ - زيادة صلابة المتأتيء ضد تأتأته.

وهناك ثلاثة أشكال من التأتأة يحتاج المتأتيء إلى أن يزيل مخاوفه تجاهها وهي:

أ - مواجهة التأتأة.

ب - السلوكات الرئيسية.

ج - ردود فعل المستمعين.

أ - مواجهة التأتأة (The Confrontation of Stuttering)

وذلك بأن يتقبل المتأتىء حقيقة تأتأته ولا يهرب منها، ولعل انفتاحه على الآخرين دليل على تقبله هذه الحقيقة.

ب - السلوكات الرئيسية (Core Behaviors)

وهي الإعادة والتطويل والانحباس، وعادة ما تصاحب بالخوف والإحباط. لذا فإن هناك حاجة لزيادة احتمال المتأتىء لهذه السلوكات، ويقترح رايبر أسلوب التجميد (Freezing) لزيادة قدرة المتأتىء على احتمال هذه السلوكات. ويعني بهذا الأسلوب أن يطلب المعالج من المتأتىء الإستمرار في تكرار سلوك رئيسي عند حصوله في كلامه لفترة طويلة دون حرج أو ارتباك. حتى يتوصل المتأتىء إلى فكرة أنه يستطيع التحكم بهذه السلوكات تطويلاً وتقصيراً وهذه الفكرة تخفف من تحسسه تجاه هذه السلوكات التي أصبح بإمكانه التحكم فيها.

ج - تخفيف الحساسيّة تجاه المستمعين:

حيث إن المتأتىء يشعر بضيق لتوقعه استياء المستمعين له بسبب تأتأته، ويقترح رايبر هنا ما يسمى بالتأتأة الوهمية (Pseudostuttering)

ويعني بها، أن يتأتىء المريض بشكل إرادي ومقصود، وهذا يعني أن تكون التأتأة هنا خالية من الشد والارتباك لأنها مقصودة ويبدأ المعالج بتعليم المتأتىء هذه المهارة داخل العيادة ومن ثم يعممها خارج العيادة بدءاً بالأصدقاء والأقارب. ومن نتائج هذا الأسلوب تتعمق فكرة لدى المتأتىء. وهي أن المستمع قد يكون أكثر احتمالاً مما كان يعتقد لسلوك التأتأة، وسيتلعم أنه لو ووجه بردة فعل سلبية من المستمع أن يبقى هادئاً إلى درجة ما.

جـ - طور التعديل (Modification Phase)

يقوم المعالج بتعليم المتأتىء تأتآت سهلة خالية من الشد قريبة إلى الطلاقة، وإعتماداً على المرحلتين السابقتين فإننا نتأكد من إلغاء السلوكات الثانوية، لا ستبدالها بوسائل أخرى إرادية يتحكم فيها المتأتىء. وقد وضع رايبر ثلاث وسائل هي:

١ - **الإلغاء** (Cancellations): وهي الخطوة الأولى لتعليم المتأتىء الطريقة السهلة للتأتأة. واعتماداً على المرحلة الأولى فإننا كنا قد عرّفنا المريض ببعض النماذج السهلة للتأتأة، ونستغل هذه التأتأة في هذه المرحلة، وإن لم نكن قد وجدنا في كلامه هذه النماذج، فعلينا إعطاؤه بعض النماذج ونقوم بتعليمه نطق هذه النماذج ببطء، حيث إن كل صوت في الكلمة ينتج ببطء، والانتقال من صوت إلى آخر يكون ليناً لطيفاً. وأما مهارة الإلغاء فيعني بها رايبر، أن على المتأتىء بعد أن ينتهي من

تأتأته لكلمة ما التوقف عن الكلام بهدوء وإعادة تلك الكلمة ببطء دون خوف أو ارتباك.

٢ - **الدفع للخارج** (Pull-outs): ويعني بها أن يحاول المتأتىء الاسترخاء في لحظة التأتأة في كلمة معينة ليكملها ببطء ولطف شديدين.

٣- **الاستعداد** (Prepartory Sets): ويعني بها أن على المتأتىء عندما يتوقع التأتأة في كلمة ما أن يسترخي تماماً و ينطق تلك الكلمة ببطء وهدوء

د - طور الثبات والاستقرار (Stabilization Phase)

والهدف من هذه المرحلة المحافظة على نتاجات العلاج ويتمثل هذا من خلال عدد من الأهداف وهي:

أ - مساعدة المتأتىء على أن يكون معالج نفسه.

ب - مساعدة المتأتىء على استخدام أسلوبي الدفع والاستعداد بشكل أوتوماتيكي.

ج - إخماد ما تبقى من مخاوف تجاه التأتأة.

د - مساعدة المتأتىء على تغيير مفهومه وتصوره لنفسه من شخص متأتىء إلى شخص يتكلم بطلاقة معظم الوقت ولكنه يتأتىء في بعض الأحيان.

العلاج من وجهة نظر اتجاه بناء الطلاقة (Fluency Shaping Therapy)

جوهر هذا الاتجاه يقوم على تأسيس شيء من الطلاقة داخل العيادة وتدريجياً يعدّل الكلام ليوازي الكلام الطبيعي. وسنعرض الآن أسلوب أحد أهم الأعلام في هذا الاتجاه وهو وليام بيركنز (William Perkins) وقد أطلق على برنامجه في العلاج: استبدال التأتأة بالكلام الطبيعي (Replacement of Stuttering with Normal Speech)

طبيعة التأتأة (The Nature of Stuttering)

يواجه المتأتئون صعوبة في التنسيق أو التوقيت المناسب لعملية التصويت مع عملية النطق والتنفس أثناء الكلام، ويعود ذلك لأسباب بنائية أو عضوية، لهذا فأصحاب هذا الاتجاه يركزون على تعليم المتأتىء مهارات تعويضية للوصول إلى الطلاقه.

* السلوكات اللغوية المستهدفة للعلاج

(Speech behaviors Targeted for therapy)

يعتمد بيركنز على المهارات التعويضية (Compensatory Skills) في علاجه للتأتأة، وهذه المهارات هي:

١ - معدل منخفض للكلام.

٢ - مهارات تنظيم التنفس وهي خمس مهارات:

أ - التقطيع.

ب - البدء والمبادرة بالتركيب.

ج - الاتصال اللين واللطيف بين أجزاء الكلام.

د - التنفس المسموع.

هـ - المزج والموالفة.

٣ - مهارات الإيقاع.

*** أهداف الطلاقة (Fluency Goals)**

الطلاقة التلقائية أو الموجهة كحد أدنى في بعض الأحيان.

*** المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attitudes)**

لا يعطي هذا الاتجاه اهتماماً كبيراً لهذا الجانب، ويرون أن التقدم في علاج الحالة كاف لتخفيف حدة المشاعر والمخاوف، ذلك أن التأتأة هي السبب المباشر في خلق هذه المشاعر وبإزالة السبب يزول العرض.

*** خطوات المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance Procedures)**

يعتمد هذا الاتجاه على المحافظة على مهارات الطلاقة التي تم شرحها، فعند حصول أي انتكاس، فإنه يتوقف عن إكمال الخطة العلاجية إلى أن يعود المريض إلى وضعه السابق ومن ثم يعاود معه تطبيق البرنامج مرة أخرى.

* **الأساليب العلاجية (Clinical Methods)**

يعتمد هـذا الاتجاه كما قلنا سابقاً على الإشـراط الإجرائي والبناء المبرمج بإحكام للعلاج، ويعطي أهمية كبيرة لجمع المعلومات عن المريض الخاصة بـ

أ - مدى تكرار التأتأة عند المريض.

ب - معدل سرعة كلام المريض.

ج - اعتقادات المريض حول كلامه.

خطوات العلاج (Clinical Procedures)

يقوم هذا الاتجـاه على تشكيل الكلام الطبـيعي في العـيادة أولاً، ومن ثم تعـميم هذا الكلام ونقله إلي حـياة المتـأتيء الطبيـعيـة. وهذا يعني أن هناك خطوتين رئسيتين وهما:

١ - تشكيل الطلاقة داخل العيادة.

٢ - تعميم الطلاقة في الحياة اليومية.

ا - تشكيـل الكـلام الطبيـعي (Shaping of Normal Speech)

وللوصول إلى تشكيل الكلام الطبيعي علينا تحقيق سلسلة من الأهداف وهي:

أ - تأسيس الكلام الطليق (Establish Fluent Speech)

يستخدم جهاز الـ (DAF) لتحقيق هذا الهدف ونعطي المريض

التعليمات اللازمة لاستخدام الجهاز ونستمر في تدريب المريض باستخدام هذا الجهاز إلى أن يصبح قادراً على القراءة دون تأتأة بنمط بطيء الحركات، وعندها يكون المريض جاهزاً للانتقال إلى الهدف الثاني.

ب – تأسيس التنفس الطبيعي (Establish Normal Breath Flow)

وهناك خمس مهارات يجب تعلمها للوصول إلى تحقيق هذا الهدف والمهارات هي:

١ – التقطيع (Phrasing): وذلك بأن نطلب من المريض أن يحدد طول التركيب بما لا يزيد عن ثمانية مقاطع، وبالتالي فإن سعة التنفس ستكون كافية لإنتاج الكلام بدون تعب أو جهد.

٢ – تسهيل البدء والمبادرة في انكلام (Phrase initiation): نطلب من المريض بأن يبدأ المقطع الأول من كل تركيب باستهلال صوتي سهل.

٣ – الربط اللين (Soft Contact) ويتضمن اتخاذ أعضاء الصوت مكانها بشكل سهل ولين.

٤ – التنفس المسموع (Breathy Voice) ونعني بها التنفس الناعم الخالي من الشد والجهد بحيث يخرج صوتاً ناعماً.

٥ – مهارة الدمج (Blending Skill) ونعني بها استخدام المهارات

السابقة بحيث ينتج المريض تيار الهواء بشكل مستمر من بداية التركيب إلى نهايته، بحيث تكون جميع المقاطع فيه ناتجة مع بعضها بنعومة وبدون جهد. وعند إتقان هذه المهارة يكون المريض جاهزاً للتحرك إلى الهدف التالي.

ج - **تأسيس إيقاع طبيعي:** وهي المهارة الأخيرة في الطلاقة، حيث إن المريض قد اكتسب من المرحلتين السابقتين الكلام الرتيب (Monotonous Speech) وهو كلام خالٍ من التعبير أو النبر، وهذا الكلام غير صالح لأن يكون الكلام المستخدم في الحياة اليومية، لذا يبدأ المعالج بتغيير معالم كلام مريضة وذلك بإضفاء التعبير عن المواقف من خلال اللغة، لتصبح لغة مريضه قريبة من اللّغة العادية من حيث القدرة على التعبير ولكن تبقى ضمن الكلام البطيء.

د - **نقل المسؤولية في الخطوات العلاجية إلى كاهل المريض:** والهدف من هذه الخطوة تدعيم وتقوية ثقة المريض بنفسه، علماً أن معيار القياس هنا يكون موضوعياً، ويعتمد أيضاً على قناعة المريض وراحته وقدرته على استخدام مهارات الطلاقة.

هـ - **تأسيس إمكانية استخدام الكلام البطئ الطبيعي في المحادثة:** ويكون ذلك باستخدام جهاز (DAF) وعلى المعالج تنبيه المريض إلى عدم استخدام سلوكات التجنب للمحافظة على طلاقته، وعندما يصبح قادراً على المشاركة في محادثة يكون جاهزاً للخطوة التالية.

و - **تأسيس سرعة كلام مناسبة:** وذلك بالتقليل من استخدام جهاز (DAF) تدريجياً، حيث نقلل في البداية من مدة التأخير في الإعادة لنزيد من سرعة المريض، وتستمر في تقليل فترة الصمت إلى أن تصبح سرعة المتأتىء قريبة من الطبيعي، وهنا نثبت هذه السرعة ونوكل إلى المريض استخدامها في البيت.

ز - **تأسيس سرعة كلام طبيعي بدون استخدام جهاز (DAF):** حيث نزيله تدريجياً وليس بشكل مفاجئ حيث إن المريض قد اعتاد على استخدامه أثناء العلاج.

ح - **تأسيس صوت واضح:** إذا كان صوت المريض قد تأثر بسبب مراحل العلاج السابقة، كأن يتصف بالانخفاض أكثر من اللازم أو غير ذلك، فإن التدريب الصوتي مفضل في هذه الحالة، أما إذا لم يتأثر صوته فإن هذه المرحلة تلغى من العلاج.

تعميم الكلام الطبيعي خارج العيادة

(Generalization of Normal Speech)

بعد أن وصلنا إلى الكلام الطبيعي داخل العيادة، فعلينا أن نهيّء المريض للخروج بكلامه الطبيعي إلى الحياة اليومية، وحتى نوجد هذا الجسر اللازم للعبور ما بين العيادة والحياة اليومية فلدينا عدد من الاستراتيجيات.

أ - تحضير المريض وتهيئته لاستعادة الكلام الطبيعي إذا اضطرب كلامه أو توقع اضطرابه، بحيث يقوم المريض بتقييم كلامه من خلال

الطلاقة والسرعة والتنفس والإيقاع والثقة بالنفس، وقد أعد بيركنز نموذجاً لقياس المهارات السابقة، حيث يقوم المريض بهذه الطريقة في كل جلسة علاجية، وذلك عن طريق استخدام جهاز التسجيل الصوتي فإذا فشل المريض ضمن أي معيار فعليه العودة إلى الخطوة المناسبة لوضعه، ويركز بيركنز على إتقان المريض التام لمهارات الطلاقة أثناء العلاج، حتى يسهل عليه استرجاع الكلام الطبيعي إذا حصل أي خلل.

ب - توسيع التحكم بالكلام الطبيعي من العيادة إلى الحياة اليومية، وتتحقق هذه الخطوة من هرم من المواقف الكلامية تتدرج من السهل إلى الأصعب مع التأكد من قدرة المريض على المحافظة على مشاعره واعتقاداته بأن الكلام سهل، ومن هذه المواقف تغيير مكان الجلسة أثناء العلاج من غرفة إلى أخرى ومن ثم التوسع في عدد المستمعين مع وجود معالج. ويمكن التغيير في مواقف كثيرة إلى أن نصل إلى الدرجة التي يكون باستطاعة المرض تعميم خبرات الطلاقة.

ج - مناقشة أنماط ومواقف الحياة المتغيرة ومدى تأثيرها على الكلام، وذلك لتدعيم المريض وزيادة قدرته على المحافظة على الكلام الطبيعي، ويتم ذلك بتغيير نظرة المريض إلى هذه الأنماط المتغيرة من خلال الحديث عنها بانفتاح وكشف المواقف التي تثير الخوف لديه.

د - الإعـداد للشفـاء عند حدوث الانتكـاس. وذلك بلفت انتبـاه المريض لاستخدام المهارات التي تعلمها أثناء العلاج إذا دعت الضرورة.

العلاج با ستخدام الاتجاه التكاملي (Integration of Approaches)

بعد أن استعرضنا وجهات النظر في كلا الاتجـاهين لعلاج هذه المرحله، فمن الملاحظ وجود نقاط التقاء وإن قلت ونقاط اخـتلاف وهي كثيرة، كما أسلفنا في اعتبـارات العلاج. ومن الملاحظ أن هناك بعض الآراء أقرب إلى المنطق والتطبيق في اتجاه دون الآخر، وهذا ما دعـا بعض الباحثين لاستنباط اتجاه ثالث يكامل بين الاتجاهين تستفيـد من نقاط الاختلاف وتحاول تقريب وجهات النظر.

*** طبيعة التأتأة** (The Nature of Stuttering)

بتفـاعل عوامل الاستـعداد النفـسي مع تأثيرات البيـئه تظهـر السلوكات الرئيـسيـة، فيـستـجيـب الطفل لهذه السلوكـات بالشـد والضغط النفـسي كوسيله لمنعها من الظهور، وكلمـا كبر الطفل تزداد محاولاته للتغلب على هذه السلوكات، فيكتسب عدداً من السلوكات الثانوية التي تعزز من خلال الإ شراط الإ جرائي. وخلال هذه الفتره تصحب السلوكات السابقة بمشاعر سلبية من مثل الإحباط والخـجل والخوف. ويمتد التعلم الشرطي إلى ارتباط هذه المشاعر والسلوكات بكلمات معـينه ما تنفك أن تزداد تدريجياً لتشمل مـواقف بأكـملها تثيـر الخـوف من الكلام، وتزداد هذه المواقف مع تقـادم

الاضطراب ويبدأ الشخص بتجنب هذه الكلمات والمواقف. وخلال هذه الفتره يبدأ الشخص بتكوين تصور خاص عن كلامه وعما يتوقعه من المستمعين إلى أن يصل بتأتأته إلى المرحلة المتقدمة. ومما تجدر الإشارة إليه أنه إذا اكتشفنا وجود هذا الاضطراب في بداياته وبدأنا بعلاجه فهذا يعني إيقاف تطور هذا الاضطراب في المراحل الأولى.

السلوكات المستهدفه للعلاج (Speech Behaviors Targeted For Therapy)

١ - تعليم المريض تعديل لحظات التأتأة.

٢ - تعليم المريض استخدام المهارات المعززه للطلاقة.

ولتحقيق النجاح في خلق السلوكين السابقين، فعلى المعالج استخدام التعليم الشرطي وخاصه مبادىء التعزيز لتثبيت هذه السلوكات.

أهداف الطلاقه (Fluency Goals)

الهدف الأسمى هو الطلاقة التلقائية، ولكن إن تعذرت في مواقف معينه فيقبلون الطلاقة الموجهة وإن واجه المريض مواقف أصعب فيقبلون الطلاقة المقبولة.

المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attiudes)

يعطي هذا الاتجاه اهتماماً كبيراً لهذا الجانب لما للمشاعر والاعتقادات من أثر كبير على استمرار التأتأة إن استمرت هذه المشاعر والاعتقادات بالتنامي.

خطوات المحافظه على نتاجات العلاج (Maintenance Procedures)

١ - مساعدة المريض على إبقاء مخاوفه في أدنى مستوى ممكن.

٢ - مساعدة المريض على إتقان مهارات تعديل السلوك وبناء الطلاقه بشكل تام.

٣ - مساعدة المريض على تقييم أدائه اعتماداً على هذه المهارات.

*** الأساليب العياديه (Clinical Methods)**

يبدي هذا الاتجاه اهتماماً ببرمجة الخطة العلاجية والاعداد الدقيق لها.

١ - الإرشاد والنمط التعليمي في التفاعل.

٢ - استخدام العلاج الفردي والجماعي.

٣ - جمع المعلومات يقتصر على قياس تكرار التأتأه وسرعة الكلام قبل البدء بالعلاج، وقد يتخلل بعض الجلسات قياس لهذين الجانبين.

*** الخطوات العلاجيه (Clinical Procedures)**

وهي خليط بين الطرق في الاتجاهين السابقين، ولهذا سنوجز في العرض وسنسمح إلى إمكانية المراجعة عند الضرورة.

١ - فهم التأتأه: ويقصد بها تعريف المتأتئ بالتأتأه بشكل عام، وبجوانب تأتأته بشكل خاص، ومن المفضل إطلاع المريض على خطة العلاج. ويستخدم أصحاب هذا الاتجاه نشرة تحت عنوان «افهم تأتأتك» تعطى

للمريض ليقرأها بنفسه، حيث يستمع المعالج إلى تعليقات وأسئلة المريض حول هذه النشرة ولعلك تلاحظ عزيزي القارىء أن هذه الخطوة تعتمد على خطوة تعريف المريض بالتأتأه في اتجاه تعديل التأتأه.

٢ - التخفيف من المشاعر السلبيه والاعتقادات الخاطئة، والقضاء على أسلوب الهرب، وتهدف هذه الخطوة إلى:

أ - تخفيف الخوف والمشاعر السلبيه إلى أدنى حد ممكن.

ب - تغيير اعتقاد المتأتئ حول كلامه.

ج - مساعدة المتأتئ على أن يصبح أكثر انفتاحاً وتقبلاً لتأتأته.

د - القضاء على سلوكات الهرب.

ولتحقيق هذه الأهداف لدينا أربعة أساليب وهي:

أ - مناقشة تفنيد التأتأه بدون خوف وبانفتاح.

ب - استخدام الكلمات والمواقف التي يخاف منها المتأتئ.

ج - استخدام التأتأه الإراديه.

د - استخدام أسلوب التجميد «Freezing »

٣ - استخدام استراتيجيات بناء الطلاقه وتعديل لحظات التأتأة. والهدف من هذه المرحلة، مساعدة المتأتئ لاستخدام مهارات كلا الاتجاهين السابقين حيث إن كل اتجاه يعرض مهارات تكمل مهارات الاتجاه

الآخر ويتم ذلك من خلال:

أ - استخدام السلوكات المعززه للطلاقه.

ب - استخدام جهاز ال «DAF» مع إعطاء التعليمات اللازمه للمتأتئ عن كيفية التعامل مع هذا الجهاز.

٣ - علاج المتأتئين في المرحله الأولى

(Beginning Stuttering Therapy)

* السمات العامة (Characteristics)

١ - المتأتئ في هذه المرحله يتراوح عمره ما بين ٢-٨ سنوات.

٢ - تظهر لديهم السلوكات الأساسيه الآتيه:

أ - الإعادة لجزء من كلمة أو لكلمة مكونة من مقطع واحد.

ب - تطويل لحروف العلة، وقد تصاحب هذه السلوكات بعض الشد والضغط النفسي.

ج - قد يظهر المتأتيء بعض الانحباسات (Blocks) بعدد بسيط جداً.

٣ - قد تظهر لديهم السلوكات الثانوية من مثل سلوكات الهرب.

٤ - قد يتطور لدي المتأتيء مفهوم ذاتي بأنه شخص لديه مشكلة في الكلام وقد يبدى اهتماماً بسيطاً بهذا الأمر، وبالتالي فقد يعاني من الإحباط كنتيجة للتأتأة.

العلاج من وجهة نظر اتجاه تعديل التأتأة

(Stuttering Modification Therapy)

* طبيعة التأتأة (The Nature of Stuttering)

التـأتأة اضطراب في التوقـيت: وهذا يعني أن هناك فصـلاً بين التوقـيت المناسب وتنسيق حـركات العضـلات التي تعمل على إنتـاج الكلام، حيث يظهـر الطفل السلوكـات الرئيسـيـة التي قد تعـود إلى اسـتعـداد عضـوي وضغوطات وجـدانية، وكذلك فإن نظام الطفل الحـركي لا يكون قد نضج بعد، وأقل ثبـاتاً من البالغين مما قـد يعرضـه للاضطراب، وخاصـة الضغط التواصلي، ويرى رايبر أن هذه الضغوطات تعود إلى:

أ - فقدان المستمعين.

ب - أن يُقاطَع الطفل أثناء كلامه كثيراً.

ج - شعور الطفل بضغط الوقت أثناء الكلام.

د - اضطرار الطفل لإنتاج نماذج من الكلام تعتبر أكبر من قدراته.

* السلوكات المستهدفة في العلاج

(Speech Behaviors Targeted for Therapy)

إن الهدف الجوهري هو خلق مستوى أساسي من الطلاقة داخل العيادة، حيث نلاحظ إن رايبر يريد تعليم الطفل تعديل لحظات التأتأة.

*** أهداف الطلاقة (Fluency Goals)**

الطلاقة التلقائية في كل مواقف الكلام، حيث إن التقدم المتوقع يكون كبيراً جداً، وشبه مؤكد بإذن الله.

*** المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attitudes)**

كما أسلفنا فإن الطفل في هذه المرحلة لا يكون بعد قد كوّن مشاعر سلبية واعتقادات منحرفة حول نفسه، وإن وجدت فتكون قليلة جداً، لذا فإن رايبر يهدف إلى جعل الكلام خبرة مفرحة ومحببة لدى الطفل.

*** خطوات المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance Procedures)**

لا ضرورة لهذا الجانب من وجهة نظر هذا الاتجاه، حيث إن الطفل يكتسب الكلام الطبيعي بسرعة وثبات تصديقاً للقول: «العلم في الصغر كالنقش على الحجر».

الأساليب العلاجية (Clinical Methods)

أ - العلاج المباشر (Direct Treatment)

١ - بناء أو تأسيس علاقة بين المعالج والطفل تقوم على الحب والمودة بحيث يشعر الطفل بأن المعالج يقبله ويدعمه.

٢ - جعل الكلام خبرة سهلة ومفرحة وخاصة إذا أظهر الطفل بعض إشارات الإحباط والخوف من الكلام.

٣ - إيجاد نماذج مناسبة من الطلاقة، وذلك إذا حاول الطفل استخدام أنماط كلامية صعبة. مما يؤدي إلى عدم طلاقته، ولذلك فعلى المعالج استخدام نماذج كلامّية سهلة مع الطفل، حيث نبدأ بكلمات مفردة في الجلسات الأولى ونتدرج إلى التراكيب السهلة وبعدها إلى الجمل السهلة القصيرة، وأثناء الجلسة من المفضل استخدام التدرج الطبيعي لتطور اللّغة عند الأطفال.

٤ - تكامل وتسهيل الطلاقة: على المعالج أن يعزز الطفل عندما يتكلم بطلاقه ولكن دون أن يشعره عن سبب التعزيز، بحيث يعطي المعالج اهتمامه الواضح أمام الطفل للكلام الطليق وقبول عادي باهت للتأتأة، وعلى المعالج ألا ينسى أنه يريد جعل الكلام خبرة محببة لدى الطفل بدون تكلف أو إشعار الطفل بالمشكلة، وبالتالي خلق مشاعر سلبية تجاه الكلام.

٥ - إزالة الحساسية تجاه التأتأة (Desensitization) بعد تحقيق مستوى أساسي من الطلاقة وهو عبارة عن بعض الدقائق الطليقة والتي تتضمن كلاماً متواصلاً من الطفل، بعدها يبدأ المعالج وبالتدريج بمقاطعة الطفل أثناء الكلام، وتكون هذه المقاطعة تدريجية، حيث تكون في البداية على فترات متباعدة، فإذا لم تتأثر طلاقة الطفل فإننا

نقلل هذه الفترات إلى أن يبدأ بالتأتأة. فتعود إلى المستوى الأساسي لبعض الدقائق ومن ثم تعود إلى المقاطعة، ونتدرج في القيام بهذه العملية، ففي الجلسات الأولى يكون عدد مرات تكرارها قليلاً ويزداد في الجلسات المتقدمة، وتعتبر هذه الطريقة ذات أهمية في زيادة قدرة الطفل على تحمل المعيقات للطلاقه وكذلك ازدياد طلاقة الطفل في كل الظروف.

٦ - إزالة المخاوف من بعض المواقف، حيث يختار المعالج المواقف التي يشعر أن الطفل يخاف من التحدث فيها، ويحوّل كل موقف إلى لعبة يلعبها مع الطفل حتى يتحوّل هذا الموقف إلى خبرة محببة لديه. ومن هذه المواقف طرح الأسئلة.

٧ - منع التأتأة من أن تكون مثيراً للخوف والهرب من الكلام، ويقع معظم العبء في هذا الجانب على الوالدين كما سيأتي. ولكن ماذا على المعالج أن يفعل بشكل مباشر.

من المعروف أن التأتأة عند الطفل في هذه المرحلة تتراوح في شدتها بين الحين والآخر، لذا ينصح رايبر أن يرى المعالج الطفل في الفترات التي تزداد فيها شدة التأتأة. حتى يعيد معه بناء المستوى الأساسي من الطلاقة.

وكذلك ينصح رايبر باستخدام أسلوب إعادة الاستثارة (Restimulation) ويعني به أن يعيد المعالج قول الطفل الذي تأتأ فيه وإنتهى منه بشكل مقطع وبهدوء تام حتى يستبدل الطفل مشاعر الخوف التي صاحبت التأتأة بهدوء

يسبغه عليه المعالج.

ب ـ إرشاد الوالدين (Parent Counseling)

يؤمن رايبر أنّه من الضروري تزويد الطفل ببيئة مساعدة على الطلاقه وهذا يتضمن العمل مع الوالدين أو المهتمين بالطفل.

١ - في البداية على المعالج أن يجمع المعلومات عن الطفل وعائلته.

٢ - تزويد الوالدين بمعلومات عن التأتأة وعن خطة العلاج بالنسبة لولدهم.

٣ - الطلب من الوالدين عدم التعليق على كل كلمة يتأتىء بها الطفل، وألاّ يبدوا مشاعر سيئة تجاه هذه التأتأة، وكذلك الطلب إلى الوالدين إخبار المتعاملين مع الطفل التعامل معه بنفس الطريقة إن أمكن ذلك.

٤ - تشجيع الوالدين على المشاركة في الجلسات العلاجّية لأنه يتوقع منهم أن يطبقوا الخطوات المتبعة داخل العيادة في البيت.

٥ - تعريف الوالدين بالظروف التي تساعد على إيجاد التأتأة والعمل على إزالتها أو التخفيف منها. ومن هذه الظروف.

أ - فقدان انتباه المستمعين.

ب - كثرة المقاطعة أثناء كلام الطفل.

ج - الحديث تحت ضغط الوقت.

د - استخدام الكلام المتكلّف.

هـ - استخدام الأنماط الصعبة من قبل الطفل لمجاراة أقرانه.

و - إجبار الطفل على الإجابة عن الأسئلة في أوقات كثيرة.

ز - الحديث في ظروف وجدانية صعبة.

٦ - زيادة الظروف المساعدة على إيجاد الطلاقه وجعل الكلام خبرة محببة.

٧ - تزويد الوالدين بطرق لمنع كون التأتأة سبباً للخوف والهروب من الكلام بحيث يطلب من الوالدين عدم الضغط على الطفل للكلام في الأوقات التي تزيد فيها التأتأة والعكس صحيح.

ج ـ العلاج بتشكيل الطلاقة (Fluency Shaping Therapy)

سنتناول برنامج رايان في العلاج، وقد أطلق عليه: الزيادة التدريجية في طول وتعقيد التفوه.

طبيعة التأتأة (Nature of Stuttering)

تظهر التأتأة كسلوكات متعلمة، تتكون من سلوكات إجرائية وأخرى استجابية، وهذه المكونات هي:

أ - الحدث الكلامي.

ب - المخاوف والاعتقادات.

ج - السلوكات الدفاعية.

وبما أن سلوكات الكلام هي سلوكات إجرائية، فإن رايان يرى أنه بالإمكان تعديلها عن طريق إجراءات الإشراط الإجرائي وبتعديل هذه السلوكات فإن الاعتقادات والمشاعر سوف تتغير كنتيجة لتغير سلوكات الكلام.

السلوكات المستهدفة للعلاج (Speech Behaviors Targeted For Therapy)

هناك ثلاث مراحل للعلاج:

١ - التأسيس (Establishment).

٢ - النقل والتعميم (Transfer).

٣ - المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance).

أهداف الطلاقة (Fluency Goals).

يهدف العلاج في هذا الأسلوب إلى الطلاقة التلقائية، والطلاقة الموجهة لبعض الحالات، وفي الأغلب فإن هؤلاء ا لأطفال يطورون كلامهم ليصل إلى درجة الكلام الطبيعي.

*** المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attitudes)**

لا يركز هذا الاتجاه على المشاعر والاعتقادات، فعند إحراز التقدم في

طلاقة الطفل فإن أي مشاعر سلبية لديه أو اعتقادات خاطئة ستتغير.

*** المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance Procedures)**

كما لاحظنا من خلال عرض السلوكات المستهدفة للعلاج، فإن هذا الجانب هو أحد أهداف الخطة العلاجية. ويهدف من هذه الخطوة إلى أن يحافظ الطفل على طلاقته مع وجود أشخاص آخرين، في مواقف مختلفة ولمدة ٢٢ شهراً بحيث يعاد الفحص للطفل خمس مرّات خلال هذه الفترة، وترتب هذه المراجعات تدريجياً للانتهاء من علاج الطفل، خلال كل مراجعة تؤخذ عينة كلامية من الطفل ونقابل والديه للتعرف إلى وضع الطفل بما يتصل بالطلاقة في حياته الطبيعية، فإن كانت الطلاقة لديه قد انتكست، فإن العلاج يعاد كرة أخرى.

الأساليب العلاجية (Clinical Methods)

يتسم برنامج العلاج ببناء محكم، ويعطي اهتماماً كبيراً لجمع المعلومات، ويستخدم طرقاً دقيقة في حساب معدل التأتأة وحساب معدل الكلام.

خطوات العلاج (Clinical Procedures)

العلاج المباشر (Direct Treatment)

تطبيق برنامج الزيادة التدريجية في طول وتعقيد التفوه لدى الطفل

(Gradual Increase of Lingth and Complexity of Utterance)

إن الهدف من هذا البـرنامج هو أن يتكلم الطفل بطلاقه تامّـة عند إجراء مقابلة معه لمدة خمس دقائق في جلسة العلاج. ويمر الطفل من خلال نماذج كلامّية مختلفة لتحقيق أهداف هذا البرنامج:

أ - القراءة (Reading).

ب - المونولوج (Menologue).

ج - المحادثة (Conversation).

وفي كل نموذج من النماذج السابقة، نطلـب إلى الطفل نطق كلمة طليقة ويمرر الطفل في ثماني عشرة درجة تعليمية تنتهي بسماع الطفل ينتج كلاماً طليقاً لمدة خمس دقائق.

عند تطبيق البـرنامج يقدم المعالج شـرحاً عن البرنامج لـلطفل بلغة يمكن فـهمـها ويبين للطفـل ما هي النتـائج إذا كان طليـقـاً وماذا سـتكون إذا تأتأ وكذلك نحدثه عن الهدايا التي ستقدم له.

وصف البرنامج : يتكون البرنامج من أربعة أقسام وهي:

أ - الحدث المستهدف: يُستـخدم مع الطفل ثلاثة أسـاليب وهي: القراءة والمونولوج والمحـادثة، وقـد اختـيـرت هذه الأسـاليب لأنهـا أكـثـر النشاطات اللفظيـة استخـداماً. ويتدرج هذا البـرنامج من السهل إلى الصعب، حيث تـعتبر القراءة هي الأسـهل، وإن لم يكن الطفل قادراً

على القراءة فإن هـذا النموذج يتم حذفه، أما المونـولوج، فهو الخطوة التالية، حيث إن كل متأتيء يحتاج إلى التـفكير في موضوع، والتعبير عن هذا الموضوع بطلاقه، وصولاً إلى المحـادثة والتي تعتبر الأصعب من النماذج السابقة، لأن على الطفل أن يكون طليقاً أثناء الإجابة عن الأسئلة أو طـرحها، والقـيام بمهـارات المحادثة من مـثل أخذ الأدوار، وإن واجه الطفل صعوبة في المونولوج أو المحادثة، فـيمكن الاستعانة بصور أو أفكار رئيسية للحـديث، وخلال كل أسلوب يتم فيه الزيادة التدريجية في طول وتعقيد التفوه كما سيأتي.

ب- **الاستجابات المتوقعة:** كمـا قلنا فإن هذا الاتجاه يقـوم على التخطيط المحكم حيث يضع توقعات للاستجابات على كل حدث.

ج - **النتائج الملازمة لكل حدث:** ويقصد بها التعزير والـعقاب. لما سينتجه الطفل من استجابات.

د - **المعيار :** شكل الاستجابة المطلوبة.

ويكون تنفيد البرنامج كالآتي: نبدأ بالنموذج الأوّل وهو القراءة ونتدرج فيه في طول التفوه وتعقيده، وبنفس الطريقة نسير في النموذجين الآخرين.

القراءة: يمرر الطفل في ثماني عشرة خطوة تبـدأ من السهل وتتدرج لتنتهي بخمس دقائق طليقة.

أ - في نهـاية الخطوة السـادسـة يتـوقع من الطفل أن يقـرأ ست كلمـات بطلاقة مبتدئاً بكلمة واحدة في الخطوة الأولى وهكذا.

ب- في نهاية الخطوة العاشرة، يتوقع من الطفل أن يقرأ أربع جمل بطلاقه مبتدئاً بجملة واحدة في الخطوة السابعة وهكذا.

ج - في نهاية الخطوة الثامنة عشر، يتوقع من الطفل أن يقرأ خمس دقائق متواصلة بطلاقة مبتدئاً بنصف دقيقة في الخطوة الحادية عشرة.

أما بالنسبة للتعامل مع ما ينتجه الطفل، فإن كان طليقاً فإننا نعزز الطفل بالكلام، كأن نقول أحسنت، ممتاز، ويفضل إعطاء هدية من مثل الحلوى أو صور محببة للطفل. أما إن تأتأ الطفل فإننا نقول له: توقف عن القراءة أو الكلام، وأعد بطريقة أفضل .

أما بالنسبة للمعيار الذي نقيس به النجاح، فيجب أن تكون كل خطوة خالية تماماً من التأتأة، ولا يمكن التحرك من أسلوب إلى آخر إلا عندما نحصل على المعيار المطلوب.

ولكن قد يحتاج الطفل إلى مساعدة لتخطى درجة من درجات البرنامج العلاجي وذلك بإعطائه نماذج للاستجابات، وهنا يرى رايان أن على المتأتىء أن يستمر في هذه الخطوة ثلاث جلسات أو الاستمرار ٤٠ دقيقة في نفس الدرجة قبل اجتيازها.

وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، نخضع الطفل لاختبار معياري ضمن الأساليب المستخدمة في البرنامج، فإذا كانت النتيجة هي ٥, كلمة غير طليقة في الدقيقة الواحدة على امتداد خمس دقائق أو أقل من ذلك، فإن الطفل جاهز للتحرك إلى المرحلة الثانية من مراحل العلاج، وإلا فإن الطفل

سيخضع لإعادة البرنامج التدريبي.

٢ - التعميم (Trasfer)

والهدف من هذه المرحلة هو تعميم الخبرة المتعلمة داخل العيادة إلى واقع الحياة اليومية، ويرى رايان أن عدداً من الأطفال المتأتئين في هذه المرحلة يبدأون بتعميم الخبرة قبل إخضاعهم لبرنامج تدريبي يهدف إلى هذا الأمر.

وقد وضع رايان برنامجاً لتحقيق هذا الهدف يتكون من سلاسل من المواقف الكلامية مرتبة من الأسهل إلى الأصعب والتي يستطيع الطفل فيها أن يمارس قراءته ومحادثته بطلاقة.

يتكون البرنامج من خمسة مواقف مختلفة، وفي تطبيق هذا البرنامج، فإن رايان يستخدم نفس أسلوبه في البرنامج العلاجي السابق ولكن لا يقدم هدية للاستجابة الطليقة، لأن الهدف من هذه الخطوة هو نقل الخبرة لتتحول إلى، كلام طبيعي والكلام الطبيعي لا يحتاج إلى هدايا. وعندما يتأتىء الطفل، نكتفي بالقول له توقف عن القراءة أو الكلام، وللتحرك من خطوة إلى أخرى فإن المعيار هو الطلاقة التامّة.

١ - المكان : نبدأ بجلسات العلاج داخل غرفة العيادة وننتهي بالجلسة خارج العيادة.

٢ - عدد المستمعين: نبدأ بتطبيق نماذج العلاج بوجود زميل للطفل وعندما يحقق المعيار نزيد من عدد المستمعين.

٣ - البيت: حيث ننقل الخبرة إلى البيت على أن يكون الوالدان هما فقط مع الطفل وعندما يحقق الطفل ا لمعيار نزيد من عدد المستمعين، إلى أن يتحدث الطفل بطلاقة طوال الوقت في البيت.

٤ - المدرسة: نبدأ بالقراءة والمحادثة في غرفة الصف بوجود المدرب فقط مع الطفل، وننتهي بوجود الطلاب جميعهم داخل الغرفة، وعلى المعلم أن يشجع الطفل للمشاركة داخل الصف.

٥ - الحياة اليوميّة : وهي درجة اختياريّة، لأنها تتطلب نضجاً كافياً من الطفل وكذلك كفاءة عالية من الوالدين والمعلم لمراقبة الطفل، وعادة لا تتوفر هذه الظروف، ولكن لو فرضنا جدلاً أنها توفرت، فتسير على ا لنحو الآتي: يطلب من الطفل أن يتحدث بطلاقه تدريجياً لفترات أطول، حيث يطلب منه في اليوم الأوّل ساعة من الحديث الطليق، ونزيد الوقت المطلوب كلما اجتاز الطفل المرحلة بنجاح إلى أن يتحول كلامه إلى الطلاقة التّامّة.

بعد الإنتهاء من برنامج التعميم يُجرى للطفل اختبار معياري فإذا أظهر ما معدله أكثر من نصف كلمة غير طليقة في الدقيقة الواحدة. فسوف يخضع لإعادة برنامج التعميم مرة ثانية، أما إذا اجتازه بنجاح فإننا ننتقل إلى آخر خطوة من خطوات العلاج.

المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance)

الهدف من هذه الخطوة المحافظة على بقاء الطفل طليقاً في كل المواقف الحياتية لمدة ٢٢ شهراً بعد الانتهاء من برنامج التعميم، حيث يرى المعالج الطفل ووالديه خمس مرات خلال هذه الفترة وتُجدول هذه الزيارات لكي يخرج الطفل من البرنامج العلاجي، ويجري المعالج اختباراً معيارياً للطفل عند كل زيارة، وعندما يجتاز الطفل هذا الاختبار يكون البرنامج العلاجي قد انتهى.

إرشاد الوالدين (Parent Counseling)

١ - يشرح رايان خطة العلاج بشكل عام للوالدين، وذلك لكي يضمن مشاركة ناجحة منهم في سير خطوات العلاج.

٢ - يوضح المعالج للوالدين دورهم في برنامج ممارسات البيت (Home Practic) وكيفية تطبيق خطوات العلاج، وكيفية تطبيق معيار اجتياز كل أسلوب.

٣ - علاج التأتأة في المرحلة المتوسطة

(Intermediate Stuttering Therapy)

بعد أن عرضنا اتجاهات العلاج للحالتين الأولى والمتقدمة، سنعرض لعلاج الحالة المتوسطة والتي ستكون سماتها وإجراءاتها في العلاج خليطاً من إجراءات العلاج في المرحلة الأولى والمتقدمة. وكما لاحظنا أن الفروق

بين اتجاهي العلاج التي عرضناها كانت كبيرة في الحالة المتقدمة وكانت ضئيلة في المرحلة الأولى، فسنلاحظ أن هذه الفروق في علاج المرحلة المتوسطة ستكون في الوسط أي أكثر من المرحلة الأولى وأقل من المرحلة المتقدمة.

*** السّمات العامّة (Characteristics)**

١ - تتراوح أعمارهم ما بين ٦-١٣ سنة أي في المرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية:

٢ - تظهر لديهم السلوكات الرئيسية الآتية:

أ - تكرار جزء من كلمة أو تكرار كلمة أحاديّة المقطع.

ب - تطويل لأصوات العلّة.

ج - انحباسات في الكلام.

وغالباً ما تكون السلوكات السابقة مصحوبة بالشد والضغط النفسي.

٣ - تظهر لديهم السلوكات الثانويّة الآتية:

أ - سلوكات الهرب والبدء.

ب - تبدأ لديهم سلوكات التجنب من مثل:

١ - تبديل الكلمات.

٢ - الالتفاف حول الكلمات الصعبة.

٣ - تجنب بعض المواقف التي تمثل لهم صعوبة في التواصل.

المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attitudes)

يعـانون من الإحـباط والارتبـاك، ويبـدأ بالمعـاناة من الخـوف، وبتكوين تصور لنفسه بأنه متأتيء وبالتـالي بناء الاعتقـادات المنحرفة حول أنفسهم وكلامهم ورد فعل المستمعين.

العلاج من وجهة نظر تعديل التأتأة (Stuttering Modification Therapy)

كما سبق في المرحلتين السابقتين، فستتناول طريقة فان رايبر (Van Riper) ويسمى برنامجه العلاجي: التأتأة السهلة.

طبيعة التأتأة (Nature of Stuttering)

١ - التأتأة هي اضطراب في التوقيت: وهذا يعني أن هناك فصلاً بين التوقيت المناسب وتنسيق حركات العضلات التي تعمل على إنتاج الكلام، ويظهر المتأتئ السلوكات الرئيسة كنتيجة لهذا الخلل.

٢ - يعود الاضطراب إلى استعداد عضوي للفشل في نظام التغذية الراجعة أو إلى ضغوطات نفسية ووجدانية.

*** السلوكات الكلاميّة المستهدفة للعلاج**

(Speech Behaviors Targeted For Therapy)

كما في علاج الحالـة المتقدمة فإننا نقوم بتعديل لحظات التـأتأة، ولتحقيق ذلك نقوم بما يلي: تعليم المتأتيء أن يتـأتيء بطريقة سهلة، وذلك من خلال

التطويل لكل الأصوات، والانتقال السهل اللّين بين الأصوات وبذلك نساعد الطفل على ألا يكتسب سلوك الخوف والضغط النفسي كسلوك ثانوي مصاحب للحظات التأتأة، وكذلك مساعدته على التغلب على اضطرابات تنسيق الوقت في كلامه.

*** أهداف الطلاقة (Fluency Goals)**

يراوح هذا الاتجاه في قبول أشكال الطلاقة الثلاثة حسب وضع الحالة.

*** خطوات المحافظة على نتاجات العلاج (Maintenance Procedures)**

يحتاج المتأتىء في هذه المرحلة إلى تثبيت نتاجات التدريب، بمقدار يقل عنه في المرحلة المتقدمة ويزيد عنه في المرحلة الأولى. ويحتاج المتأتىء إلى جلسات تدعيميّة لتثبيت نتاجات التدريب، وليس أكثر، ففي وجهة نظر رايبر، فإن مشكلة المتأتىء في هذه المرحلة سرعان ما تذوب بمجرد البدء بالطريقة الجديدة في الكلام، وهي التأتأة السهلة أثناء حياته اليوميّة.

*** الأساليب العياديّة (Clinical Methods)**

كما أسلفنا فإن بناء الجلسة العلاجية يكون متراخياً وغير مضبوط بدقة حيث يعتمد على نوع اللعبة المستخدمة، وكذلك فإنه لم يعط أهمّية لقضية جمع المعلومات.

*** الخطوات العلاجيّة (Clinical Procedures)**

العلاج المباشر (Direct Treatment)

ويقسم إلى أربعة مراحل وهي:

١ - التعريف (Identification Phase)

كما أسلفنا في علاج الحالة المتقدمة، فإن هذه الخطوة تستخدم في علاج الحالة المتوسطة في التأتأة، مع وجود بعض التعديلات البسيطة، لذا فسوف نكتفي بعرض هذه الخطوة بإيجاز على أن تعود عزيزنا القارئ إلى علاج الحالة المتقدمة عند الضرورة.

أ - تعريف المتأتيء بمكونات التأتأة لديه، ولكن بشكل يقل عن الحالة المتقدمة.

ب - تعريف المتأتيء بالسلوكات الثانوية لديه.

خلافاً لما نستخدمه في المرحلة المتقدمة، فإن على المعالج ألا يلفت نظر المتأتيء في هذه المرحلة إلى الضغط النفسي المصاحب للسلوكات الرئيسية، ولكن يقترح رايبر أن يعلّم الطفل كيفية التفريق بين التأتأة المتعبة والتأتأة المريحة.

أما بالنسبة للمواقف التي تثير لديه الخوف من الكلام، فيرى رايبر أنه من الضروري تعريف المتأتيء بها حتى يتحوّل الخوف منها إلى راحة، ولكنه يرى أنه لا يجب لفت نظر الطفل للمخاوف الناتجة عن صوت أو كلمة لأن هذه المخاوف لم تتمكن من الطفل في هذه المرحلة.

٢ - إزالة الحساسية (Desensitization)

وتقوم على تخفيف المخاوف والمشاعر السلبية المصاحبة للتأتأة، ويعتبر هذا الهدف مماثلاً لما تمَّ في علاج الحالة المتقدمة، على أن الخطوات المتبعة لتحقيقة مختلفة تماماً في علاج هذه الحالة.

١ - زيادة الطلاقة لدى المتأتيء وذلك بخلق مستوى أساسي من الطلاقة كما نفعل في علاج الحالات في المرحلة الأولى، وذلك بإدخال الإيقاع ونشاطات التوقيت كما أسلفنا.

٢ - إزالة الحساسية ضد معيقات الطلاقة، وذلك بمقاطعة الطفل أثناء كلامه الطليق كما أسلفنا.

٣ - إعلام الطفل هدف النشاط المستخدم وتشجيعه لمقاومة معيقات الطلاقة.

٤ - التوقف عن السلوكات الثانوية من مثل التجنب، حيث إننا نوضح للطفل أنه كلما هرب من التأتأة ولم يقاومها كلما ازدادت المشكلة سوءاً وتعقيداً.

٥ - عدم الخوف من المضايقين بسبب تأتأته وذلك بمواجهتهم بأنه يعرف حقيقة تأتأته، وأنه لا يخجل منها.

٦ - تزويد المتأتيء ببعض المعلومات الأساسية عن التأتأة مما يخفف من الضجر المصاحب لهذه المشكلة، على أن يكون نقل هذه المعلومات بشكل مبسط يتماشى مع وضع الطفل حتى لانزيد من مخاوفه.

٧ - على المعالج أن يزيل أي شعور بالعار من كلمة تأتأة.

٨ - أن يبين المعالج للطفل أن أي شخص يتأتىء إذا كان مـرتبكاً ومتعجلاً أو خائفاً.

٩ - نبين للطفل أن هناك نوعين من التـأتأة، وهما: التـأتأة بسهـولة والتأتأة بصعوبة وخوف، وأن السهلة سرعان ما تذهب بنفسها دون عناء.

١٠ - استخدام الموسيقى الارتخاء والبطء لتخفيف الضجر من الكلام.

٣ - التعديل (Modification Phase)

والهدف من هذه المرحلة هو تعليم الطفل أن يتأتىء بطريقة سهلة وحتى يتحقق هذا الهدف.

أ - أن يعيـد الطفل الكملة المتـأتأة بتطويل كل الكلـمة وببطء، وانـتقـال لطيف بين أصوات هذه الكلمة، وبالتالي فعلى الطفل استبدال طريقته القديمة في التأتأة إلى هذه الطريقة، بـحيث يمتلىء كلام الطفل بنماذج سهلة من التأتأة.

ب - على المعالج تزويد الطفل بنماذج من التأتأة السهلة، حتى يعتاد الطفل هذا الأسلوب في الكلام، وعندما يحصل على التـعوّد، فعلى المعالج تعـزيز الطفل وعنـدما يـعود إلـى أسلوبه القـديم، يُطلب إليـه إعـادة

الكملة التي تأتأها بأسلوبه القديم بالطريقة الجديدة.

ج - تدريب الطفل على أسلوب الدفع (Pul-Outs) وذلك بإعطاء نماذج.

د - لا ينصح باستخدام أسلوب الاستعداد للتأتأة (Preparatory Sets) وذلك لما قد تتركه من أثر سيء على الطفل.

٤ - الترسيخ والتثبيت (Stabilization Phase)

الهدف من هذه المرحلة هو ترسيخ استخدام التأتأة السهلة لدى الطفل ويرى رايبر أن المتأتىء في هذه المرحلة لا يحتاج إلى كثير من التدريب لترسيخ نتاجات التدريب، لأن الطفل في هذه المرحلة سرعان ما يكتسب الطريقة الجديدة في الكلام.

أ - يطلب إلى الطفل الحديث باستخدام التأتأة السهلة بشكل مقصود.

ب - إشعار الطفل بأن المعالج مستعد للمساعدة في أي لحظة يحتاج فيها إليه.

ج - جدولة عدد من الجلسات التدعيميّة إذا تطلب الوضع ذلك.

*** إرشاد الوالدين** (Parent Counseling)

كما ورد في إرشاد الوالدين في مرحلة التأتأة الأولى فإننا سنرى هذه الطريقة تتكرر هنا:

١ - تزويد الوالدين بالمعلومات الأساسية حول التأتأة.

٢ - نصح الوالدين بعدم إبداء الاهتمام بتأتأة الطفل.

٣ - مساعدة الوالدين في تحـديد المواقف التي تزيد من تأتأة الطفل والبعد عنها والتي تزيد في طلاقته والإكثار منها.

٤ - تختلف طريقة تعامل الوالدين في التعامل مع ولدهم في المرحلة الأولى عنها في هذه المرحلة، فعـليهم أن يتحدثوا معـه بصراحة عن تأتأته وعن علاجة، لأن الـطفل يعرف أنه يتأتيء وأن ذهابه إلى العيـادة يهدف إلى العـلاج من التأتأة، وكـذلك على الوالدين المشـاركة في العـلاج داخل العيادة حتى يستطيعوا تحديد التغيرات في كلامه داخل البيت.

*** إرشاد معلّم الصّف (Classroom Teacher Counseling)**

هناك أهميّة كبيرة للمعلّم، حيث إن استراتيجيات المعلّم في المهارات الشفوية لها دور كبير في علاج الطفل.

١ - أن يتحـدث المعلّم مع الطفل المتـأتيء بشكل سرّي عن تأتأته، بـحيث يشعـر المعلّم الطفل أنه يدرك إصابتـه بالتأتأة، وأنه يريد مسـاعدته في حل مشـكلته، فهـو لا يريد أن يطلب إليـه الحديث بسرعـة، ولا يريد مقاطعته أثناء الكلام، وكذلك فإنه سيكون صبوراً ولن يشعر بالضجر أثناء كلام المتأتيء.

٢ - نوضح للمـعلّم أن بعض الممـارسـات في تطبـيق المهارات الـشفـوية مؤذية جداً للطفل ا لمتأتيء، من مـثل أن يطلـب من الطفل القراءة مثلاً

ضمن الترتيب الهجائي لأسماء الطلاّب، أو الطلب إليه الحديث لمدة طويلة، وكذلك عدم مشاركته نهائياً في هذه المهارات، وبالتالي فعلى المعلم توفير الجو المريح للطفل في المشاركة الشفوية.

العلاج بتشكيل الطلاقة (Fluency Shaping Therapy)

يستخدم ريان برنامجاً علاجياً أطلق عليه: برنامج التغذية السمعية الراجعة المتأخرة (Delayed Auditory Feed back Program) وهذا البرنامج لا يكاد يختلف عن برنامجه الزيادة التدريبية في طول التفوه وتعقيده. (Gradual Increase of Length and Complexity of the Utterance).

المراجع العربية

١ – الأستاذ الشيخ أحمد الحملاوي: شذا العرف في فن الصرف– المكتبة التجارية – مكة المكرمة.

٢ – علي الجارم ومصطفى أمين : البلاغة الواضحة البيان والمعاني والبديع – مطابع دار المعارف بمصر.

٣ – عبد الواحد علواتي : تنشئة الأطفال وثقافة التنشئة، دمشق : دار الفكر ١٩٩٧ .

٤ – د. محمد كامل السيد. التعبير اللغوي عند الأطفال.

٥ – د. عبد الفتاح أبو معالي. تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال.

٦ – د. رمزية الغريب: التعلم دراسة نفسية، تفسيرية ، توجيهية، مكتبة الأبحلو المصرية، ١٩٨٥ .

٧ – عبد المنعم الرفاعي: الصحة النفسية، دراسات في سيكلوجية التكيف، جامعة دمشق ١٩٨٧ .

المرجع الأجنبية

1- Ownes, JR. Robert E Language Development An Introduction New York: Macmillan, 1988 .

2- Ladefoged, Refer: A Course of Phonetics New York: Harcourt Brace, 1985.

3- Edwards, Harold T. : Applied Phonicetics San Diego: Singular, 1992.

4- Palmer, JOhn M.: Anatomy for Speech and Hearing.Baltemor: Williams and Wilkings,1993

5- Owens, Robert E: Language Disorders, A Functional Approach to Assessment and Intervention. New York: Merrill,

6- Aram, Dorothy M.: Child Language, Disorders, ST. Louis: The C Mosby, 1982

7- Weston, Alan J. and Laurence BLeorand Articulation Disorders:Methods of Evaluation and Therapy, Lincoln: Gifts, 1976

8- Bernthal JOhn E. and Nicholas W. Bankson Articulation and Phonological Disordrs, New Jersy:Prectic Hall, 1993

9- Bleik, Ken M.: Manual of Articulation and Phonological Disorders Infancy Through Adult Hood, San Diego: Singular, 1995

10- Hegde M. N. : Student's Course Book for Introduction to Comunicative Disorders, Austin: Pro.ed,

11- Greaghead, Nancy A. and Parley W. New man and wayne A. second Assessment and Remediation of Articulatory and Phonological Disorders, New York: Macmillan, 1989

12- Peters, Theodore J. and Barry Guitar Stuttering An Integrated Approach to its Nature and Treatment,altimore: Williams and

Wilkins,

13- Culatta, Richard and Stanley A. Goldburg Stuttening An Integrated Approach to Theory and Practice: Boston: Allyn and Bacon, 1995

14- Irwin, Ann, Stammering in Young Children aPractical Self-help programme for Parcels nor Thamptonshire: Thorsons, 1988

15- Baker, Richard D. and Bruce P. Ryan, Monterey Learning System, 1979

16- Compton David Stummering its nature, History Causes and cures, London: Hadder.

22. Miles, T. R. Dyslexia: The Pattern of Difficulties, London: Whcerr Publishers, 1993 .

and Stoughton, 1993.

17 - Logan, Robert J. The Three Dimensions of Stuttering: Neurology, Behavior and Emotion, Austin : Por.ed. 1991 .

18. Fornot, Sasan Meyers: Fluency Development for young stutters: Differential Diagnosis and Treatment, U. S. A. : Reverside 1992.

19. Contemporary Linguistic Analysis, An Introduction Edited by O'Crady William and Micheal Dobrovatzky, Chapters, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12 Toron to: Copy Clork Pitman Ltd, 1987.

20 - Diagnosis in Speech - Language Pthology Edited By : Tomblin, J Bruce, and Hughlett L Morris and D. C. Spriestersbach: San Diego: Singular 1994. Chapters 4, 5, 7, 10 .

21 - Morris, Darid W. H.: Dictionary of Communication Disorders, London: Whurr 1993.